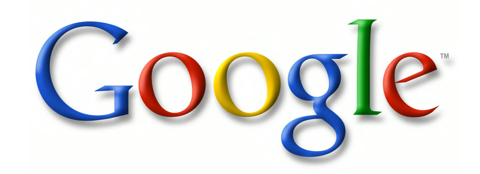



LANE MEDICAL LIBRARY STANFORD
H106 .I61 1903 3 STOR
XIVe Congres international de medecine
24503446048

International medical congress.

XIVe CONGRES INTERNATIONAL DE MEDECINE

MADRID, AVRIL 23-30 1903

COMPTES RENDUS

Publiés sous la direction de Mr. le Dr. A. FERNANDEZ-CARO,

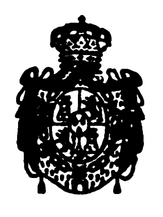
Secrétaire général du Congrès.

SECTION D'OBSTETRIQUE ET DE GYNECOLOGIE

PAR

le Docteur Carmelo Carrillo y Cubero,

Secrétaire de la Sectión



MADRID
Imprenta de J. Sastre y C.ª—Alameda, 10, telefono 997

1904

XIVE CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE

MADRID, AVRIL 1903

SECTION D'OBSTÉTRIQUE ET DE GYNÉCOLOGIE

COMITÉ D'ORGANISATION DE LA SECTION

a) Obstétrique.

Président	M.	Francisco de Cortejarena.
Vice-Présidents	MM.	Eduardo Castillo de Piñeiro, Antonio Fernández Chacón.

b) Gynécologie.

Président	M.	Eugenio Gutiérrez González.
Vice-Présidents	MM.	Antonio Maria Cospedal Tomé, Migue Farga.
Secrétaire	M.	Carmelo Carrillo y Cubero.
Secrétaires adjoints	MM.	Oscar Engstrom, Rafael Fraile, Tomás García López, José Botella Martínez.
Membres	MM.	Enrique Salcedo y Ginestal, Enrique Oliván y Sanz, Francisco de Cortejarena y Aldebó, José Ribera Sans, Ramón García Baeza y Frau, Valentín Julián López y Martín, Ramón Díez Bustamante, Juan Acero, Esteban del Castillo, Jesús Mateos, Roberto López Cilla, Policarpo Lizcano, Francisco Botín, Enrique de Andrés y Tomé, José Soriano Sorroca, Concepción Aleixandre, Luis Soler y Soto, Adrián García López, José Bergé, Julio Robert, Rafael García, Francisco Blasco y Loto.

SEANCE DU 24 AVRIL

Présidence d'honneur: MM. Queirel, Calderini et Psaltoff.

La section d'Obstétrique et de Gynécologie tint sa première séance le vendredi 24 Avril; à neuf heures du matin. Constituaient le Bureau provisoire les Présidents effectifs, les Vice-Présidents et le Secrétaire général.

Mr. le Docteur CORTEJARENA, Président effectif de la Section d'Obstétrique, ouvre la séance en prononçant le dircours suivant:

Señores. Es mi primer deber dar gracias expresivas á la Sección de Obstetricia de este Congreso por su bondad al honrarme con el cargo de Presidente, y las doy también en nombre de los que han de ocupar por vuestro voto los diferentes puestos en la mesa presidencial.

Tengo mucho gusto en dirigir cordial salutación á los eminentes profesores extranjeros que nos favorecen con su presencia, así como á nuestros queridos colegas de provincias, todos los cuales han abandonado sus hogares para dar más solemnidad á las sesiones científicas que hoy inauguramos.

El número é importancia de los temas presentados y que han de ser discutidos en la Sección, hace ya presagiar un brillante éxito de nuestros trabajos en este Congreso, y si como es de esperar corresponden con igual entusiasmo nuestras futuras discusiones, podremos lisonjearnos de que la sección ha cumplido como corresponde á la importancia del objeto de su estudio.

Recibid todos, queridos colegas, el testimonio de mi profunda consideración y afecto distinguido.

Mr. le Docteur GUTIERREZ, Président effectif de la section de Gynécologie, salue les congressistes de la section dans les termes suivants:

Mesdames et Messieurs,

Avant de commencer nos séances scientifiques, permettez-moi de vous souhaiter la bien-venue et vous remercier de la preuve de courtoisie et de confraternité que vous avec bien voulu nous donner en répondant à notre invitation, et en faisant l'honneur de votre visite à cette vieille et noble Espagne, digne à plusieurs titres de votre considération.

Si vous ne trouvez chez elle les grands monuments que le progrès moderne a levés à la science dans d'autres pays, vous pourrez du moins vous extasier devant les œuvres merveilleuses que l'art accumula dans les époques de son pouvoir immense; et à côté des anciennes constructions qu'il dédia à la Médecine, vous en verrez d'autres, nouvelles, qui vous indiqueront la renaissance de notre culture, et l'aspiration d'un peuple d'arriver au concert scientifique universel.

N'oubliez pas, chers maîtres et collègues, que cette Espagne qui avec tant de joie vous accueille aujourd'hui, a sû toujours prêter attention aux études que vous cultivez de préférence, ainsi que vous pouvez le constater par les ouvrages de Damian Carbó, auteur qui, le premier, s'élança en 1528 à l'impression d'un «Livre de l'art des sages-femmes ou marraines», antérieur à celui de Rodion; par ceux des

auteurs du XVI[e] siècle, Pierre Peramato, Ferdinand Mene, Roderic de Castro, Jean Gallego et Louis Mercado, dont les études concernant les maladies des femmes sont bien connues.

Et surtout, Messieurs, vous trouverez chez nous l'amitié fraternelle, l'hospitalité la plus sincère qui est devenue proverbiale dans le peuple espagnol, toujours prêt à rendre hommage respectueux aux hommes qui, comme vous tous, travaillent pour la santé de la femme, sujet de vos incessantes études.

Pressez-vous donc à illustrer et de votre expérience et de votre sagesse les questions mises à l'ordre du jour, et si nous profitons des heureux résultats qu'on espère de cet effort commun, il sera pour l'Espagne un timbre de gloire que de vous avoir réunis à Madrid.

Mesdames, Messieurs, soyez bien venus.

Terminé le discours de Mr. GUTIERREZ, le Secrétaire, Mr. CARRILLO Y CUBERO donne lecture des articles du règlement concernant l'ordre à suivre dans les travaux de la section. Le Bureau de la section est confirmé par acclamation et l'on procède à la nomination des Présidents d'honneur et des Secrétaires adjoints étrangers.—Sont nommés.

PRESIDENTS D'HONNEUR

De la section d'Obstétrique:

MM. les Docteurs PINARD (Paris), BUDIN (Paris), EUSTACHE (Lille), QUEIREL (Marseille), PESTALOZZA (Firenze), CALDERINI (Bologna), LEOPOLD (Dresden), KRONIG (Leipzig), PAWLIK (Prague), SIMPSON (Edinburgh), VEIT (Leiden), CORDES (Genève), BETRIX (Genève), GUBAROFF (Moscou), PROTOFF (Athènes), KAISER (Hernösand) et DRAGHIESCO (Bucarest).

De la section de Gynécologie:

MM. les Docteurs DOLERIS (Paris), POZZI (Paris), RICHELOT (Paris), DOYEN (Paris), GRANVILLE BANTOCK (London), TREUB (Amsterdam), JOSEPHSON (Stockholm), KELLY (Baltimore), PALMER DUDLEY (Cincinnati), MANGIAGALLI (Pavia), BOSSI (Genova), MULLER (Berne), CORDES (Genève), SUAREZ DE GAMBOA (México), SCHULTZE (Jena), BUMM (Halle), GRAMMATIKATI (Tomsk), de MATTOS (Coimbra), BENAVIDES (Santiago, Chili) et GUTIERREZ (Santiago, Chili).

SECRETAIRES ADJOINTS

MM. les Docteurs GOTTSCHALK (Paris), KEIFFER (Bruxelles) et DOWNES (Philadelphia).

Mr. CORTEJARENA cède la présidence à Mr. le Prof. QUEIREL, qui prononce un éloquent discours pour manifester sa gratitude de pouvoir emporter un agréable souvenir de ce Congrès auquel ne peut manquer un succès complet.

Après lecture de l'ordre du jour et d'un téléphonema du Dr. Candela de Valencia s'excusant de ne pouvoir intervenir aux séances et annonçant l'envoi de 500 exemplaires de son rapport, on passe à la lecture des travaux.

INDICATIONS DE L'HYSTERECTOMIE DANS L'INFECTION PUERPERALE AIGÜE

Rapport de Mr. ADOLPHE PINARD (Paris).

Le 1er mai 1895—il y a exactement huit années—j'avais l'honneur de présider à la Faculté de médecine la thèse inaugurale d'un de mes élèves, le docteur Wintrebert, thèse ayant pour titre; *De l'ablation de l'utérus dans les infections puerpérales.*

Le 4 septembre 1896, une hystérectomie abdominale était pratiquée dans mon service par Varnier et Hartmann dans un cas d'infection puerpérale aiguë (1).

Le 9 janvier 1897, à propos d'une communication que je faisais au nom de mon collègue Segond et au mien, sur un cas de gastro-hystérotomie suivie de l'hystérectomie totale, je disais à l'Académie de médecine:

«Partisan jusqu'alors de l'opération césarienne suivie de l'amputation utéro-ovarique, excellente opération qui m'a donné de très bons résultats et encore dans deux cas l'année derniére, j'ai modifié ma manière de faire, non pas seulement parce que l'absence de moignon rend les suites opératoires beaucoup plus courtes, mais encore et surtout parce que cette nouvelle opération pourra, à mon avis, permettre de pratiquer l'opération césarienne dans les cas *d'utérus infectés*,

(1) In *Fonctionnement de la clinique Baudelocque*, 1896, p. 101 et 102.

ce que n'avaient pas osé faire et ne faisaient pas jusqu'à présent les césariens les plus résolus...

»Si je ne me trompe, c'est là un progrès que nous devrons à la chirurgie contemporaine. L'avenir dira si je suis dans la vérité ou l'erreur (1).»

J'ai tenu à rappeler ces faits, pour montrer que la question des indications de l'hystérectomie dans les infections puerpérales me préoccupe depuis longtemps déjà, et que, d'autre part, loin d'être hostile à l'invasion de la chirurgie dans le domaine obstétrical, j'ai toujours bien accueilli et même sollicité l'action chirurgicale dans toutes les circonstances où elle me parut nettement indiquée.

Cela dit, j'aborde la question posée: *Indications de l'hystérectomie dans l'infection puerpérale aiguë.*

***

Je n'ai point à faire ici l'historique de la question.

La lecture des quatre rapports de mes collègues, présentés et discutés au Congrès périodique international de gynécologie et d'obstétrique tenu à Rome, il y a six mois, renseignera suffisamment sur ce chapitre. Le rapport de mon collègue et ami Treub est particulièrement documenté à ce sujet.

Mais je crois nécessaire de rappeler les conclusions de mes collègues, qui ont eu à traiter de l'hystérectomie dans le traitement de l' infection puerpérale.

CONCLUSIONS DE H. FEHLING (STRASBOURG)

I.—Les maladies puerpérales des organes génitaux peuvent se pattager en deux classes: affections toxiques et infectieuses.

II.—Dans l'intoxication (saprohémie), l'utérus est le seul foyer morbide; dans l'infection, le processus morbide est rarement restreint à l'utérus: en général il s'agit d'une infection grave qui a envahi tout l'organisme.

III.—L'extirpation de l'utérus dans les suites de couches en cas de septicohémie généralisée ne donne aucune chance de succès, et on ne doit pas conseiller cette opération.

IV.—L'extirpation de l'utérus est indiquée seulement dans les cas où le foyer de l'infection ou de l'intoxication est restreint à l'utérus, à savoir dans la rétention avec putréfaction du placenta, dans la putréfaction des myomes pendant les suites de couches, ou des restes

(1) In *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1897, p. 50.

ovulaires à la suite d'avortement, toutes les fois cependant que l'on se trouve dans l'impossibilité de les éloigner par d'autres moyens que l'hystérectomie.

V.—Dans les cas de métrophlébite puerpérale (pyohémie) l'hystérectomie peut être utile, à la condition qu'elle soit accompagnée de la ligature ou extirpation des veines atteintes de thrombose dans le ligament large et des veines utéro-ovariques. Cette opération peut se pratiquer aussi séparément.

CONCLUSIONS DE G. LEOPOLD (DRESDE)

I.—Dans le cas d'infection puerpérale grave, l'hystérectomie sera indiquée lorsqu'il aura été prouvé par tous les symptômes que l'utérus est le siège seul et le point de départ continuel de l'infection, et que tous les autres moyens employés contre la maladie auront échoué.

Cette indication se rapporte surtout aux cas de rétention du placenta en voie de décomposition sans qu'on puisse l'enlever.

II.—Si l'infection a dépassé l'utérus et qu'il se produise une péritonite grave, ou une thrombose septique, ou une affection unilatérale ou bilatérale des annexes, ou un abcès de l'utérus, l'hystérectomie toute seule ne suffit pas à guérir la malade, parce que cette opération ne tient pas compte des altérations anatomiques qui se sont ajoutées.

Si la maladie poursuit fatalement sa marche, on devra, selon les circonstances, avoir recours avant tout au traitement chirurgical, qui se propose de rechercher le foyer de la suppuration et de le vider. D'autres recherches nous diront jusqu'à quel point les injections de sérum antistreptococcique ou d'autres remèdes semblables pourront contribuer directement ou indirectement à la guérison.

Dans tous les cas, il faut insister surtout sur la recherche précoce et minutieuse des foyers de suppuration. La recherche et l'éloignement des veines atteintes de la suppuration contribueront dans l'avenir à donner de brillants succès dans le traitement des cas les plus graves de l'infection puerpérale!

CONCLUSIONS DE H. TREUB (AMSTERDAM)

I.—Les moyens usités dans le traitement de l'infection puerpérale, localisée entièrement à l'utérus, sont suffisants dans la grande majorité des cas.

II.—Pour quelques cas exceptionnels, l'hystérectomie pourra réussir là où le traitement obstétrical échoue.

III.—L'indication de l'hystérectomie ne devra être posée qu'après

un examen clinique très exact et une évaluation consciencieuse du pour et du contre de l'opération.

IV.—Celui qui fait beaucoup d'hystérectomies dans ces cas-là en fait certainement trop.

CONCLUSIONS DE TH. TUFFIER (PARIS)

Deux pages n'ont pas suffi à l'auteur pour les formuler, je ne puis donc les reproduire ici *in extenso,* mais en voici quelques passages qui permettront, je pense, de saisir sa pensée:

«De l'ensemble de mon travail, il ressort nettement que l'*anatomie pathologique* démontre, dans l'infection puerpérale aigüe, certaines lésions rares mais indiscutables, qui sont justiciables de l'ablation de l'utérus. Mais la clinique est-elle capable de reconnaître ces cas? L'examen approfondi de chacun des symptômes pris isolément prouve qu'aucun d'eux n'est pathognomonique... C'est *l'ensemble clinique*, le tableau du malade, le complexus symptomatique, c'est *l'ensemble des accidents qui nous déterminera.*»

*
* *

Ces conclusions sont très suggestives. Elles reflètent l'opinion de trois «accoucheurs gynécologues» et celle d'un «chirurgien gynécologue».

Pour les trois premiers, Fehling, Léopold, Treub, «l'indication de l'hystérectomie dans le traitement de l'infection génitale aiguë post partum ou post abortum, avec accidents toxi-infectieux, sans localisations extra-utérines cliniquement perceptibles, est tout au moins problématique.»

Pour mon collègue Tuffier, dont l'enthousiasme, causé par une hystérectomie qu'il a pratiquée avec succès dans le service de notre collègue Champetier de Ribes chez une femme atteinte d'infection puerpérale (1), n'est pas encore attiédi, l'indication de l'hystérectomie existe «quand la femme infectée est dans un état désespéré et l'accoucheur dans un état de désespérance!»

C'est, dit-il, l'impuissance de l'accoucheur reconnue par lui-même «qui crée l'indication opératoire». Lui seul, chirurgien, ne veut pas désespérer.

Comme mon ami Tuffier—et qu'il me permette de le lui dire, depuis plus longtemps que lui,—j'ai maintes fois éprouvé des sentiments de révolte en face de mon impuissance près d'une femme infectée;

(1) In *Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie*, t. XXV, 1899, p. 797.

ainsi que la plupart de mes collègues accoucheurs, j'ai cherché et je continue à rechercher quelles resources thérapeutiques peuvent nous rendre plus souvent victorieux; mais, dans cette lutte, je n'ai jamais mis en œuvre que des moyens, procédés ou méthodes me paraissant rationnels.

Or, l'hystérectomie dans l'infection puerpérale aiguë est-elle rationnelle?

C'est ce que je vais discuter, en exposant aussi succinctement que possible.

1.° Dans quelle mesure mes collaborateurs ou moi avons été impuissants dans les cas d'infection puerpérale.

2.° Dans quels cas d'infection puerpérale suivis de mort, la clinique, la bactériologie, l'anatomie pathologique, ont pu fournir des indications d'hysterectomie.

1.° Dans quelle mesure mes collaborateurs ou moi avons-nous été impuissants dans les cas d'infection puerpérale?

Je n'ai pas à décrire ici les méthodes de traitement employées pour combattre l'infection puerpérale à la clinique Baudelocque (1).

Avec l'emploi de ces méthodes, voici les résultats obtenus:

RÉSUMÉ DE LA STATISTIQUE DE LA MORBIDITÉ MATERNELLE A LA CLINIQUE BAUDELOCQUE DEPUIS L'ANNÉE 1890 JUSQU'A L'ANNÉE 1901 INCLUSIVEMENT (2).

Sur 24.937 femmes accouchées à la clinique Baudelocque de 1890 à 1901 inclusivement:

987 femmes tant primipares que multipares soit 3,95 p. 100, ont présenté une élévation de température atteignant ou dépassant 39°, quelle qu'ait été la cause de cette élévation de température.

(1) Voir *Fonctionnement de la clinique Baudelocque*, publié chaque année depuis 1890.
Voir également Pinard et Wallich, *Traitement de l'infection puerpérale*. Paris, G. Steinheil, 1869.

(2) L'année 1901 n'est sas comprise dans cette statistique, parce que, le *Fonctionnement* n'ayant pas encore paru, la morbidité n'a pas été établie.

RESUME DE LA STATISTIQUE DE LA MORTALITE MATERNELLE A LA CLINIQUE BAUDELOCQUE, DEPUIS LE 1er JANVIER 1890 JUSQU'A 1er JANVIER 1903

	Nombre de femmes.	Mortalité totale intégrale.		Mortalité par septicémie.
1890..........	1.244	9	4	0,32 p. %
1891..........	1.654	20	8	0,36
1892..........	1.834	8	5	0,27
1893..........	1.920	14	8	0,42
1894..........	2.139	9	4	0,18
1895..........	2.080	12	5	0,24
1896..........	2.270	12	5	0,22
1897..........	2.314	11	5	0,21
1898..........	2.305	24	6	0,26
1899..........	2.506	11	5	0,19
1900..........	2.442	10	5	0,17
1901..........	2.229	15	5	0,22 (1)
1902..........	2.015	6	4	0,19
Totaux.....	26.952	161	69	

Du 1er janvier 1890 au 1er janvier 1903, sur un total de 26.952 accouchements ou avortements, la mortalité par septicémie à la clinique Baudelocque a été de 69, soit 0,25 p. 100.

Je dois faire remarquer que, dans deux cas, l'hystérectomie fut pratiquéo dans mon service, en 1896 et 1901.

Voici le résumé de ces deux observations:

Obs. 1.462 de l'année 1896 (Varn er et Hartmann).—Secondi pare. Hémorragies pendant la grossesse causées par une insertion du placenta sur le segment inférieur.

Le 24 août, à 2 heures du soir, début du travail; hémorragie, déchirure large des membranes. A 5 h. 45 la dilatation est complète, la tête s'engage. A 6 h. 10 expulsion, d'un enfant mort pesant 2.570 grammes. Délivrance artificielle pour hémorragie.

(1) Le Fonctionement de l'année 1901 porte par erreur (pour la mortalité totale) 17 au lieu de 15, car il y a 2 femmes qui sont comptées comme accouchées dans le service et qui ont accouché chez des sages-femmes agréées.

Aussitôt après l'accouchement, T., 40°,4; P., 150.

Soir du 1er jour et matin du 2e jour, température normale.

Du 26 au soir au 30 août, ascension progressive de la température jusqu'à 40°. Traitement: injections intra-utérines, puis irrigation continue, sérum antistreptococcique de Marmoreck.

Du 30 au soir, curettage: extraction de débris de caduque iufects. L'état de cette femme reste grave. M. Roux conseille l'emploi d'un sérum plus actif, Ce nouveau sérum reste impuissant.

Le 4 septembre, MM. Varnier et Hartmann ayant constaté l'absence de toute localisation péri-utérine, péritonéale, métastatique, pensant que peut-être les accidents étaient sous la dépendance d'une thrombo-phlébite suppurée encore limitée à l'utérus décident de pratiquer l'hystérectomie abdominale (10e jour).

Mort le 8 septembre.

A l'autopsie on a constaté l'existence d'une pleurésie purulente gauche (streptocoques) non diagnostiquée pendant la vie.

Obs. 1.389 de l'année 1902 (Potocki).—Secondipare âgée de 20 ans. Accouchée une première fois en 1900, à terme, d'un enfant vivant.

Sa deuxième grossesse évolue sans incident. Le travail débute le 17 septembre 1902, à 7 heures du matin. Elle est examinée par une sage-femme qui l'envoie à la clinique Bandelocque, où elle arrive à 9 heures du soir. La dilatation est complète; la poche se rompt spontanément (liquide amniotique opalescent), et un enfant vivant, se présentant par le sommet, pesant 3.660 grammes, est expulsé 5 minutes après l'entrée de cette femme à la salle de travail. Délivrance naturelle. Placenta, 460 grammes. Membranes complètes, mais déchirées.

En raison des examens pratiqués avant son entrée à la clinique on fit une injection intra-utérine de solution de biiodure de mercure.

L'aspect de cette femme était mauvais, le facies grippé, et une heure après la délivrance survenait un frisson violent bientôt suivi d'un second. La femme accusait des douleurs abdominales très vives. T., 38,4; P., 120.

Le 18 au matin, sédation. T., 37°,6; P., 108. Le soir: frisson. T., 40°5; P., 144. Le ventre est douloureux. Pas de vomissements. L'intestin fonctionne. M. Potocki examine cette femme à 9 heures du soir; si de son examen minutieux il ne tire aucun diagnostic ferme quand à la cause des accidents, il porte un pronostic grave et, après avoir discuté l'indication d'une intervention chirurgicale, il décide d'attendre le lendemain.

La nuit est relativement calme; mais, le 19 au matin, nouveau fris-

son et aggravation de l'état général. T., 38°; P., 146. Respiration, 34.

«En l'absence des signes caractéristiques d'une broncho-pneumonie ou d'une fièvre typhoïde, on est évidemment obligé de conclure, dit M. Potocki, qu'on se trouve en face d'une fièvre puerpérale à début pour ainsi dire contemporain de l'accouchement, à évolution suraiguë et comportant par conséquent un pronostic fatal».

Considérant cette femme comme perdue si on n'intervient pas, M. Potocki décida de pratiquer l'hystérectomie abdominale 36 heures après l'accouchement. Hystérectomie subtotale; cautérisation du moignon cervical, qui est laissé en place et enfoui. Drainage abdominal.

La malade meurt le 1er octobre, de péritonite généralisée. A l'autopsie on a en outre constaté une phlébite suppurée des veines utéro-ovariennes droites.

2.° *Dans quels cas d'infection puerpérale l'anatomie pathologique, la bactériologie, la clinique, ont-elles pu fournir rétrospectivement des indication d'hystérectomie?*

a) Dans quels cas l'anatomie pathologique nous a-t-elle fourni des indications d'hystérectomie?

Dans tous les cas où l'autopsie a été possible, elle a été faite. Tous les résumés en ont été donnés dans les *Fonctionnements*. Or, en aucun cas d'infection puerpérale aiguë, nous n'avons trouvé une lésion localisée à l'utérus constituant pour nous une indication opératoire.

Deux fois seulement nous avons reconnu à l'autopsie la présence de fibromes putréfiés, dont l'existence avait été méconnue pendant la vie.

Nous n'avons jamais rencontré d'abcès uniquement localisés dans les parois utérines; nous n'avons jamais rencontré de gangrène localisée de la paroi.

En somme, il ne nous est pas arrivé «une seule fois» de reconnaître sur la table d'autopsie, une indication apparente d'hystérectomie.

b) «Dans quels cas la bactériologie nous a-t-elle fourni une indication d'hystérectomie, soit pendant la vie, soit après la mort?

L'examen bactériologique du sang ou du contenu de la cavité utérine de nos malades a été pratiqué par MM. Roux, Widal et Marmorek. Jamais leur examen n'a permis de déterminer un cas où l'hystérectomie se trouvait indiquée.

Avec Petruschky, et contrairement à Prochownick nous avons eu la certitude absolue, et tout récemment encore, que la présence de

streptocoques dans le sang ne comporte pas toujours un pronostic fatal,

De même, nous avons vu mourir des femmes chez lesquelles l'ensemencement du sang—pratiqué suivant la méthode de Widal—était toujours resté stérile,

Je puis ajouter que dans le cas de coli-bacillose puerpérale *absolument certaine* observé récemment par Widal, où la présence du colibacille avait été constatée dans le sang pendant la vie, l'hystérectomie eût été au moins inutile, puisque le femme mourut le 4e jour après le début des accidents de méningite cérébro-spinale (1).

Quant à l'examen du contenu de la cavité utérine, il n'a fourni jusqu'à présent aucune indication raisonnable.

Les recherches consacrées à l'étude des germes anaérobies, même les plus récentes, ne sont remarquables jusqn'à ce jour que par le vague et l'indéterminé qui les caractérisent.

c) «Dans quels cas les symptômes cliniques ont-ils pu et peuvent-ils fournir une indication d'hystérectomie?»

J'avoue, pour ma part, n'avoir jamais rencontré, dans les cas d'infection puerpérale aiguë, ni un symptôme, ni un complexus symptomatique m'ayant démontré que «l'utérus était la source unique des accidents observés, et que les lésions utérines étaient telles qu'elles échappaient à toute thérapeutique locale autre que l'ablation totale de l'organe».

Je me sens même absolument incapable, aujourd'hui encore, de reconnaître, «de par l'enemble des accidents», une indication d'hystérectomie.

Mon désir de faire quelque chose en face d'un cas où les accidents persistent et s'aggravent, malgré mon traitement, pourra peut.être faire naître en mon esprit une invitation opératoire, mais indication jamais. Entre l'invitation opératoire et l'indication opératoire, il y a un abîme que je ne franchirai pas, car je n'oublierai jamais que le premier résultat de l'acte opératoire sera une mutilation, et quelle mutilation chez une femme jeune!

Du reste, ja suis en assez bonne compagnie. Je n'en veux pour preuve que l'aveu de mon collègue et ami Treub, publié dans son rapport (2), et celui que me faisait hier mon collègue et ami Queirel (3) «Depuis moins d'un an, m'a-t-il dit, deus fois j'ai annoncé dans mon

(1) F. Widal., Communication orale.

(2) Voir l'observation 256, á la page 16 du rapport de Treub.

(3) Communication orale.—«Leçons de clinique obstétricale». Paris, G. Steinheil, 1902.

service que je ferais le lendemain une hystérectomie pour infection, et deux fois j'ai trouvé le lendemain un changement tel que je me suis abstenu: les deux femmes ont guéri.« Et il écrit dans une de ses «Leçons sur le traitement des infections puerpérales»:

«Je veux bien ne reculer devant aucune opération, si importante, si difficile et si grave qu'elle soit, mais je veux que ma main ne l'exécute que quand mon esprit l'aura décidée en toute connaissance de cause, et quand mon expérience m'aura dicté qu'elle est justifiée.»

Résumé

Laissant de côté les cas exceptionnels et bien déterminés, où la rétention placentaire, la putréfaction d'un fibrome utérin, ou un traumatisme de l'utérus (déchirure ou inversion) peuvent constituer une indication d'hystérectomie;—n'ayant pas, d'autre part, à envisager ici les possibilités d'indications éloignées de l'hystéreetomie vaginale dans les infections puerpérales, j'arrive à cette conclusion que:

«La clinique, la bactériologie et l'anatomie pathologique sont à l'heure actuelle impuissantes à fournir une indication d'hystérectomie dans l'*infection puerpérale aiguë*.

CONCLUSION:

L'indication *rationnelle* de l'hystérectomie dans les *infeetions puerpérales aiguës*, hormis les cas exceptionnels et bien déterminés ci-dessus énoncés, n'existe pas.

INDICATIONS DE L'HLSTÉRECTOMIE DANS L'INFECTION PUERPÉRALE AIGUE

Rapport por el Dr. JOAQUIN CORTIGUERA (Santander).

PRÓLOGO

Cuando el Comité de la Sección de Obstetricia y Ginecología tuvo la bondad de invitarme á que propusiera algunos asuntos que sirvieran de temas oficiales en el Congreso Internacional de Ciencias Médicas, juzguéme muy honrado; y más aún al ver que dos de los indicados por mí, resultaron elegidos por la Comisión para figurar en el

Programa definitivo; pero al ser después compelido para sostener la ponencia sobre alguno de ellos, lamenté vivamente haber tomado parte en tal concepto, porque, aun sintiendo mi notoria inferioridad, no juzgaba decoroso renunciar puesto tan señalado como inmerecido; hubiéralo yo querido para persona más idónea, de sólido caudal científico y de pluma correcta y persuasiva, no en modo alguno para mí, que sólo debiera contarme en el último puesto de la fila. La cortesía, no obstante, obliga, y por esto me encuentro yo ocupando entre vosotros un sitio que jamás merecí y que os usurpo, con todos los caracteres de un violento despojo, amparado en loables tendencias y en amabilidades que nunca podré pagar bastante á los individuos que así han querido distinguirme.

No desconocía yo, al proponer el tema, las dificultades para su información; tenía la ventaja de ser un estudio de corta historia y de actualidad palpitante; pero en cambio, tal como yo lo enunciaba, mostraba una rigidez que, compitiendo con delicados y finísimos matices requería en quien lo mantuviese, cualidades personales de clínico sagaz y de observador austero exactamente ponderadas, en convenientes proporciones, con un carácter resuelto y una acometividad razonada, para ni quedarse demasiado lejos ni acercarse con infantil imprudencia á fuego tan brillante.

No se trataba de disertar acerca de la histerectomía y su historia; tampoco había de hablarse de los distintos procedimientos para ejecutarla, ni menos de las preferencias que pudieran invocarse en favor de la vía alta ó la baja; debía sencillamente acometerse de frente el estudio de las *Indicaciones de la Histerectomía en el puerperio séptico agudo;* es decir, lo que cuantos han intervenido en los debates recientemente sustentados sobre dicho punto de terapéutica puerperal, consideraron, no sin razón, el mayor escollo, el lado más dificultoso del problema.

Para ceñirme al enunciado propuesto por el Comité, debo considerar todos aquellos casos en que la mujer, poco tiempo después del parto, se ve acometida de trastornos toxinfecciosos que tengan su punto de partida en el útero; porque es bien claro que las lesiones perineovaginales no entran en nuestro cuadro, como tampoco habrán de estudiarse deliberadamente aquellas que pudieron tener su entrada por la matriz, pero que ya no están en ella, sino á distancia; en la pleura, el cerebro, el pulmón, etc.; éstas dos categorías de lesiones ó infecciones puerperales, darán lugar á trastornos iguales ó comparables con las que, dentro aún del útero, hemos de estudiar; pero ya no pueden ser objeto de un tratamiento en aquel órgano que sólo consti-

tuye un camino de paso en el último considerado, y un testigo presencial de los sucesos en el primero.

En cambio, creo que debemos ocuparnos de todas las alteraciones patológicas, próximas ó distantes de la matriz, si habiendo partido de ella directamente queda aún esta entraña enferma y constituyendo un foco de infección secundaria. Ya sé yo que desde cierto punto de vista podría eliminarse del cuadro un considerable número de alteraciones, para tratar sólo de aquellas cuya terapéutica es de más dudoso éxito; pero hay que convenir en que los términos en que el tema se encuentra expuesto corresponden en su letra, sino también en su intención, con lo que vengo diciendo. En tal sentido, podemos ocuparnos de la histerectomía, no sólo en los casos de fenómenos toxinfecciosos, dependientes de una estreptococcia uterina, caso el más común, sino también cuando la infección dependa del saprofitismo por retención de placenta ó de membranas, de una gangrena de la matriz ó fibromatosa, de una putrefacción fetal anterior al parto, de un remanso séptico por dislocación ó por obstáculo mecánico cualquiera que sea, de una metroanexitis, etc., siempre que el proceso toxinfeccioso sea verdaderamente agudo dentro del puerperio. Debemos, sí, categorizar estas diferentes lesiones, origen y efecto á las veces, de un mismo envenenamiento, pero no hay razón para excluirlas.

He buscado los materiales necesarios para estudio de tanta intriga, en la lectura de 300 observaciones clínicas y en la de 80 necropsias, en algunas otras presenciadas por mí, en el examen de las Monografías y de los debates publicados en estos últimos años, en las consultas verbales hechas á clínicos notables de distintos países, igualmeute que escritas, y en mi experiencia personal. Con este equipaje me propongo examinar la cuestión lo más imparcialmente que me sea dable; y empiezo cumpliendo gustosísimo el agradable deber de hacer público mi reconocimiento hacia los 62 Profesores que han tenido la amabiltdad de darme á conocer el resultado de su experiencia ó su impresión personales, ó de transmitirme sus propias observaciones inéditas, unas y otras de marcado interés para mí.

En una primera parte daré á conocer las observaciones clínicas ya publicadas en otras Momorias unas, inéditas otras, hasta el mes de Enero del corriente año, y después estudiaré las indicaciones del medio terapéutico propuesto.

CASUÍSTICA

HISTERECTOMÍA POR INFECCIÓN PUERPERAL AGUDA

Operaciones hechas en los seis primeros meses del embarazo.

Núm. 1. Du Bouchet.—Aborto de seis semanas, sin asistencia, muchas pérdidas de sangre, retención de la placenta. Fiebre. Legrado, cauterización y lavado á los cinco días del aborto. Mejora algo la enferma, pero se agrava al siguiente día, á pesar del suero artificial, de la cafeína, del alcohol, etc. No habiendo signos peritoneales, se practica la histerectomía abdominal. Sólo el útero estaba enfermo; pero se murió la puérpera, continuando la infección general sin el menor alivio. Había un bacilo que descoloraba el Gramm, estreptococos y colibacilos en el útero libre de restos ovulares No se hizo la autopsia.

Núm. 2. Varnier.—Una mujer, embarazada de tres meses, se introduce en el útero una sonda de goma provista de su mandrin y entra, con urgencia, en la Clínica tres días después en estado gravísimo. Se practica la histerectomía abdominal sin hallar orificio alguno traumático, pero sí peritonitis con derrame serolactescente y retención de un huevo roto y putrefacto en una cavidad artificial ó antro de la matriz, como en una trastienda. Muere la enferma á las doce horas, á pesar del desagüe y del suero artificial.

Núm. 3. Tuffier.—Infectada gravemente, desahuciada por Champetier, sin lesión visceral aparente. Histerectomía vaginal fácil. En seguida baja la temperatura de 41'5 á 37°, y el pulso de 124 á 82, sosteniéndose así y curándose la enferma seguidamente. Se hizo la operación diecisiete días después del abor o de cuatro meses.

Núu. 4. Prochownick.—Aborto provo ado, fiebre antes de la expulsión; al siguiente día temperatura de 40°,4, después 40°,7, y 141 pulsaciones. Una gota de sangre demuestra estreptococos en masa. Histerectomía; 40°,3 y 160 pulsaciones. En los días siguientes 37°,8 á 28°,6. Utero sembrado de pequeños abscesos en todo su espesor. Curación.

Núm. 5. Prochownick.—Aborto incompleto; piómetra; legrado. Estafilococos sin estreptococos, que aparecen en la sangre cinco días después. Histerectomía. Siguen los calofríos y muere la enferma trece días después de ser operada. Había un pequeño foco de gangrena pulmonar sin otras metástasis.

Núm. 6. Prochownick.—Aborto é infección manual. Estrepto-

cocos en la sangre; ligero ruído de roce en la válvula mitral. Histerectomía á los cuatro días de la infección. Muerte treinta y seis horas después de operada.

Núm. 7. Mackenrodt.—Supuración del cuello uterino ulceroso. Aborto al tercer mes del embarazo. Cauterización cervical. Once días más tarde sobreviene una hemorragia grave. Legrado; en seguida se presenta un calofrío, y fiebre que va aumentando en los tres días siguientes. Albuminuria y delirio. Histerectomía. Metritis séptica diftérítica; dos horas después de operada, la temperatura era normal y vino la curación.

Núm. 8. Tuffler.—Aborto incompleto, 39°,6. Limpieza digital y barrido con escobillón; dos días después 40°,1 y 41°,7, calofríos. Histeroctomía. Muerte con todos los signos de una peritonitis post operatoria. No se hizo necropsia.

Núm. 9. Bouilly.—Aborto provocado; fiebre antes de la expulsión; después dos días apirética, más tarde 39° y después 40° y 112 pulsaciones, siguiendo lo mismo durante una semana. Histerectomía. Muerte sin accidentes peritoneales. No se hizo necropsia. El útero contenía restos placentarios en plena putrefacción, estaba blandujo y friable.

Núm. 10. Gosset.—Aborto de diez semanas. La enferma ingresa el undécimo día; 39°,8 y 140 á 168 pulsaciones; calofríos; pulso pequeño; ansiedad respiratoria. Histerectomía abdominal total cuatro horas después de su entrada. Curación.

Núm. 11. Fargas.—Aborto provocado en el quinto mes. Retención placentaria durante otros dos. Infección muy grave, que no mejora con la extracción, el legrado y el taponamiento creosotado. Histerecmía. Muerte á los tres días.

Núm. 12. Tixier.—Histerectomía subtotal con pedículo externo por fibroma, que impide el desagüe uterino, después de un aborto de cuatro meses y medio. Muerte por flebitis de los ligamentos anchos, trombosis de los vasos pelvianos, infartos pulmonares. En el mismo día del aborto, fiebre de 39°,5, cara pálida, sudores abundantes, pulso pequeño y rápido, loquios abundantes y fétidos. Se alivia durante cuatro días con lavados y tubos de desagüe; empeora después y tiene 40° y 140 pulsaciones. Histerectomía, que hace bajar el pulso y la temperatura á 100 y 38°,2. Continúa después empeorando; dolor de costado, disnea, 140 á 160 pulsaciones. Mejora, y vuelve á agravarse, con otra embolia pulmonar, y más tarde con una flebitis de la pierna. La herida abdominal se curó en dos semanas. Muerte dos días después. En necropsia no hay reacción peritoneal ni pus en la pelvis, pero sí infartos en las venas, hasta la cava.

Núm. 13. Treub.—Catorce embarazos. Aborto provocado al tercer mes, placenta retenida, calofríos y fiebre cinco días. Muy mal estado general, cuello cerrado, cuerpo grueso, loquio purulento. Al transportar la enferma al hospital, colapso y descenso de 39 á 35°. En el día siguiente, un poco repuesta ya, histerectomía vaginal. Tres días después, 18 de Marzo de 1893, absceso pihémico en el sacro; incisión. Mejora localmente, pero sigue un estado general accidentado hasta el 10 de Abril. Después viene la curación lentamente y se ve todavía interrumpida por una artritis puohémica del hombro. Sale á fines de Mayo débil aún.

Núm. 14. Treub.—Retención placentaria después de un parto de gemelos al sexto mes. Enorme fibroma del cuello, que llena toda la pelvis y llega al ombligo. Mujer muy enferma, mucha fiebre, pulso frecuente. Histerectomía abdominal total en su domicilio; una hora de duración. Ambas placentas están putrefactas detrás del tumor. Colapso y muerte cinco horas después.

Núm. 15. Treub.—Primípara de treinta y cuatro años. Aborto tres días antes; fiebre de 38°,8; pulso 108. Dos días después legrado que arrastra restos de caduca. Fibromas múltiples. Diez y siete días entre 37,°3 y 40.°5; pulso entre 88 y 124; loquio fétido con restos necrosados; las irrigaciones intrauterinas con permanganato resultan inútiles. Diez y ocho días después del legrado, histerectomía vaginal después de desmenuzar los tumores; necrosis de uno intramural. A la operación sigue algunas veces 38°,2 hasta el octavo día. Más tarde desaparece la fiebre y viene una curación rápida.

Núm. 16. Penrose.—Embarazo de tres meses y medio Apendicitis aguda: en operación se halla los genitales sanos; curación rápida. Diez y nueve días más tarde, aborta la enferma, y un cirujano extrae la placenta con los dedos; al tercer día fiebre por retención placentaria, y al quinto fuerte escalofrío. Histerectomía abdominal; curación en seis semanas. Había peritonitis pelviana, con pus muy fétido, circunscrita por adherencias intestinales que englobaban los anejos; pus en el músculo del útero, sobre todo por debajo de las adherencias placentarias; útero sumamente blandujo; estafilococos en todas partes.

Núm. 17. Carpenter.—Aborto de tres meses; fiebre al tercer día con 120 pulsaciones; en el quinto se hizo la extracción del tejido placentario muy descompuesto y fétido, lavados y rellenos de gasa; la temperatura bajó, pero no el pulso, y dos días más tarde, se presentaron otra vez calofríos con loquio purulento. Histerectomía como único recurso; desagüe vaginal; curación lenta en tres semanas.

Núm. 18. Peterson.—Aborto incompleto; fiebre. Al siguiente día

extracción de resto placentario pútrido; relleno é irrigación. Continúa mal la enferma y se repite la intervención cinco días más tarde con el mismo resultado. La laparotomía exploradora demuestra que el peritoneo está totalmente congestionado, más sobre el fondo uterino, y que hay una celulitis pélvica; anejos y ligamentos anchos congestionados también; siguió empeorando y murió dos días después, á pesar de la histerectomía y extirparción de los anejos.

Núm. 19. Stinson.—Embarazo de pocos meses con grandes pérdidas, pulso á 140, estado general lamentable y feto putrefacto. Aborto forzado y legrado. Mejora la enferma, pero vuelve á empeorar y se hace nuevo legrado, que también alivia dos días, pero después se presenta un calofrío y sube la temperatura, dolores en la región inguinal; desde este momento se agrava considerablemente y se practica un tercer legrado, que beneficia todavía durante algunos días. Después de esto, se presenta un dolor de costado en las fosas ilíacas, con una nueva agravación que decide á practicar la histerectomía, quitando por la vagina el útero y los anejos. Útero friable con abscesos cerca del fondo, trompa con pus, ovario izquierdo con abscesos, los otros anejos aumentados de volumen. Muerte á las diez y ocho horas. En el peritoneo había un exudado seroso.

Núm. 20. Roosemburg.—Aborto de cuatro meses (ya había tenido la enferma otro anterior de seis con extracción de placenta y sepsis). Retención placentaria difícil de vencer y sepsis grave desde el primer día. Tentativas infructuosas con dedos y cucharas. La temperatura descendía después de los lavados, pero la enferma continuaba grave. Histerectomía vaginal con 42ª,5 y 112 pulsaciones. Curación. Útero con pus en la región subplacentaria.

Núm. 21. Mitternaier.—Embarazo de seis meses, parto prematuro. Al extraer la placenta se ve cáncer que abarca casi toda la parte posterior del cuello. Por la noche 40°1 y 135 pulsaciones; al siguiente día 39°3. Histerectomía fácil; la temperatura descendió en seguida á 37° y se curó la enferma.

Núm. 22. Tuffier-Champetier.—Aborto de pocos meses, retención placentaria, loquio fetidísimo durante siete días. Entra en la Clínica y se hace la extracción al siguiente día, octavo del aborto, situación gravísima con signos peritoníticos desde el primer día. Histerectomía en el décimo con 41°7; baja á 41°3 y después á 36° rápidamente, para volver á subir más tarde á 38 y 39°, pero sin ceder los signos peritoníticos. Muerte á los cinco días. No se hizo la necropsia; pero se sabque dos días antes de operarse no había estreptococos en la sangre, y que los había, juntamente con estafilococos, en el loquio.

Núm. 23. Beaussenat.—Aborto de tres meses, provocado clandestinamente, y desde ese momento metrorragia muy fétida. Legrado con temperatura de 40°, que baja algo, pero sube otra vez y se vuelve á legrar; nuevo descenso durante el día y nueva elevación; 40°6; 140 pulsaciones, vómitos y fuerte calofrío; por la noche 41°; coma casi completo, pulso incontable, extremidades frías, hipo, vómitos, cámaras in; voluntarias, anuria. Histerectomía vaginal laboriosa; suero artificial y otros estimulantes antes y después de la operación vencen el colapso. Pus en fondo retrouterino, pus en la musculatura de la matriz, anejos enfermos, peritonitis pelviana. Curación seguida sin incidentes.

Núm. 24. Faure.—Aborto inminente que se verifica á los dos días extracción de la placenta: en los dos siguientes 37,2 á 38°; en el tercero 40° y pulso rápido. Legrado inmediato y 500 gramos de suero; por la tarde 40°3 y 160 pulsaciones. Histerectomía; un trozo de placenta retenido en cuerno izquierdo é infectado; al día siguiente 38°2 y 120 pulsacienes; por la tarde 38°6 y 100 pulsaciones. Mejoría progresiva y rápida; curación.

Núm. 25. Hanks.—Útero infectado después de un aborto; anexitis supurada. Histerectomía. Curación. Útero con abscesos en su espesor; los dos trompas y un ovario también con pus.

Eúm. 26. Nélaton.—Aborto de tres meses; infección subsiguiente; formación de pus en un lado del útero. Un mes después histerectomía, que permite evacuar varios focos purulentos. Curación.

Núm. 27. Demelin.—Aborto de seis semanas; fiebre desde el segundo día; 39,5 á 40°; loquios fétidos. Limpieza uterina con escobillón en el segundo día del mal; baja á 38°,5, pero vuelve después á 40°,3. Inyección de trementina, que produce viva reacción sin aliviar; segundo barrido y segunda inyección irritante, pero se generaliza la peritonitis. En el sexto día histerectomía, que da salida á gran cantidad de pus por la vagina. Muerte á las ocho horas. En la necropsia peritonitis generalizada.

Núm. 28. Prochownick.—Mola hidatiforme. Extracción difícil. Infección uterina. Histerectomía. Curación.

Núm. 29. Pinkus.—Aborto criminal de tres meses. Infección. Raspado digital, peritonitis circunscrita, absceso pelviane que se vacía por el orificio externo del útero, saliendo también huesos fetales. Siguen los fenómenos infecciosos. Histerectomía vaginal para sanear la pelvis. Curación.

Núm. 30. Chéron.—Aborto incompleto de dos meses; 39 y 40° en el trabajo del aborto (criminal), calofríos repetidos, 120 pulsaciones,

locuacidad y agitación, insomnio, lengua seca, disnea intensa, asfixia de las extremidades, albuminuria, peritonitis generalizada. Suero, morfina, lavados, etc. Histerectomía vaginal en vigésimo día. Siguen acentuándose los fenómenos graves de intoxicación y muere la enferma.

Núm. 30 duplicado. Tuffier.—Aborto de cuatro y medio meses. Legrado. En el cuarto día calofríos y 39°,5; después 41°,4; quinto día 39°,9 y 128 pulsaciones. Histerectomía. Curación.

Núm. 30 triplicado. Dürhssen.—Aborto probablemente criminal; en ambos parametrios había un sembrado de focos purulentos trombósicos; estado general muy grave. Histerectomía quitando también los anejos. Curación.

Núm. 30 cuadruplicado. Brauserwetter.—Aborto en el quinto mes. Absceso en el labio anterior del cuello; cauterización. Once días después, hemorragias abundantes. Legrado. Se presentan calofríos y sube la temperatura. Albuminuria. Delirio. Histerectomía. Curación.

Operaciones hechas en los últimos tres meses del embarazo.

Núm. 31. Bazy.—Enferma de Maygrier.—Retención de membranas con sepsis generalizada. Muerte sin haber conseguido alivio alguno. Era una infección muy virulenta, que mató al interno que hizo la necropsia por tener una pequeña erosión cutánea. La necropsia fué negativa en cuanto á lesiones viscerales. Se operó en el tercer día de la infección, después de haberse hecho inútilmente el tratamiento clásico, y murió un mes después de operada la enferma. El útero era un nido de microbios, y no se encontró más foco en todo el cuerpo.

Núm. 32. Monzie.—Fibroma con pus, en geodas, en un cuerno uterino; lesiones de perimetritis con septicemia puerperal prolongada, dos meses después del parto; con útero muy friable, hizo histerectomía supravaginal. En los primeros días siguió la fiebre, pero se curó la enferma.

Núm. 33. Demelin y Jeannin.—Fisómetra. Dos días después del parto fiebre y calofrío; cuatro días después se repite, 39°, vómitos, semblante alterado. Amputación supravaginal del útero. Curación. Hubo putrefacción fetal, con anaerobios principalmente. La mujer se curó á los veintiseis días; antes de operar se había agotado, lavado, barrido y legrado. La temperatura no bajó hasta el tercer día despues de operar.

Núm. 34. Bouglé.—Enferma de Budin. Histerectomía; muerte á las pocas horas de operada. Se hizo tres semanas después del parto y por insuficiencia de los medios clásicos. Había pequeños abscesos intersticiales en el útero. la mucosa sana.

Núm. 35. Maygrier.—Feto macerado. Barrido al tercer día del parto, legrado al octavo, histerectomía al décimotercio. Utero reducido de volúmen, relleno de microbios. Siguen las temperaturas altas, y muere la enferma, á los treinta y un días, de infección generalizada.

Núm. 36. Fieux.—Hombro irreducible, evisceración, histerectomía en mujer con rotura uterina é infección grave. Muerte á las diez horas de operada. Se operó en colapso.

Núm. 37. Doléris.—Histerectomía. Muerte á los dos meses por endocarditis y pleuresía purulenta. Siguió la infección.

Núm. 38. Duret.—Parto espontáneo; fiebre en el tercer día del puerperio; lavados y legrados, 40.°,1 y 148 pulsaciones. Utero grande y sensible; estado general grave. Examen de la sangre negativo. Histerectomía abdominal total en el décimocuarto día. Infiltración purulenta de las paredes uterinas; nada en el endometrio. Continúan el pulso frecuente y el mal estado general. Muerte dos días después de operada. En necropsia había infiltración purulenta del tejido periuterino.

Núm. 39. Treub.—Al ingresar la enferma tenía 39°,6. Después de la limpieza y el legrado desaparece la fiebre, que se enciende tres días más tarde y vuelve á ceder pronto. Pasados algunos días sobrevienen calofríos, 40°,6, piosalpinge bilateral. Al principio parece ser útil el tratamiento antiflogístico, pero después vuelve la fiebre y se hace grave el estado general. Histerectomía vaginal veintitrés días después de la admisión. Muerte á los cuatro días de ser operada. Necropsia, peritonitis difusa.

Núms. 40, 41 y 42. Bumm.—En tres casos operados por estreptococcia uterina, resultó insuficiente la histerectomía, por haber continuado después su marcha la infección. En la necropsia, con operación vaginal ó abdominal, se vió los muñones invadidos por la sepsis y un comienzo de pelviperitonis por propagación desde éstos.

Núm. 43. Sippel.—Endometritis purulenta después de retención placentaria. Amputación supravaginal á los diez y seis días después del parto. Pedículo extraperitoneal. Fiebre durante más de una semana. Curación.

Núm. 44. Hegar.—Parto espontáneo sin examen alguno interno; fuertes metrorragias con la expulsión placentaria y en los días si-

guientes. No se hizo legrado. En los primeros días posteriores al parto temperaturas que no pasan de 38°. En el undécimo día extracción de un pequeño resto placentario; dos horas después calofríos y fiebre. En el décimotercio día, cuarenta y ocho horas después del primer calofrío, histerectomía vaginal. Muerte á los veinticinco días de ser operada. Utero difteroide en la zona placentaria. En necropsia: miocarditis, edema pulmonar séptico, trombosis de la ilíaca y de la crural, pleuresía.

Núm. 45. Mackenrodt.—Después de extirpar el útero en una septicemia grave, remiten completamente los síntomas durante cuatro días. Después se forma un flemón en el ligamento ancho, supura y se abre en el peritoneo. Muerte por peritonitis.

Núm. 46. Dœderlein.—Entra dieciocho días después del parto con 39°,5; tres más tarde se extrae algunos cotiledones de la placenta y la temperatura oscila sucesivamente entre 37'9 y 39°,9; pulso entre 111 y 130. Con temperatura tan alta, pulso tan frecuente y loquio fétido, histerectomía vaginal. Endometrio sano, excepto en la región placentaria, que estaba decolorada; no hay pus ni estreptococos. Curación.

Núm. 47. Carbonelli.—Fiebre irregular durante veintiocho días después del parto. Histerectomía vaginal. Siete ú ocho abscesitos en el tejido uterino. Sigue la temperatura alta. Varios abscesos subcutáneos. Muerte cincuenta y un días después de operada. En la necropsia: anemia, esteatosis difusa de las vísceras abdominales, nefritis bilateral, absceso detrás de la S ilíaca.

Núm. 48. Vineberg.—Fiebre desde el sexto día después del parto; tres más tarde, 39°,4 y 120 pulsaciones. Legrado; se ordena irrigaciones intrauterinas, que no se hacen; pasados otros tres días 39°,7 y 130 pulsaciones por la mañana; duchas intrauterinas, excitantes; por la tarde, apatía, delirio, 40.°,8 y 154 pulsaciones. Histerectomía abdminal; ligamentos anchos edematosos, resto placentario dudoso en el útero. Curación lenta.

Núm. 49. Vineberg.—Fiebre desde el segundo día del puerperio. Legrado que destruye en gran parte la pared posterior del útero. El autor vió por primera vez la enferma en el día décimo cuarto con 41.°,1 y 140 á 150 pulsaciones. Colpotomía exploradora; dos días más tarde, histerectomía abdominal. Curación. Después de la operación sobrevino una bronconeumonía infecciosa y se formó un absceso submamario. El útero estaba casi perforado. Había varios abscesos bajo el revestimiento peritoneal.

Núm. 50. Davis.—Temperatura de 38°,9 que desciende gradual-

mente á 37°,8. Dos semanas después del parto laparatomía exploradora, que descubre abscesos pequeños y múltiples subperitoneales en la pared uterina. Amputación supravaginal, tratamiento extraperitoneal del muñón. Curación.

Núm. 51. Laphtorn Smith.—Histerectomía cinco días después del parto. Nada se ve en los anejos; pus en los senos uterinos. Curación. Era un caso muy grave, que comenzó con parto laborioso y retención de la placenta, que empezó á extraer la partera. Se operó en muy malas condiciones de fuerzas, y en el útero había restos placentarios que se disgregaban, pero no se desprendían. Se había administrado repetidas veces el cornezuelo antes de sa ir la placenta.

Núm. 52. Hirst — Histerectomía dos semanas después del parto. Endometritis difterítica; nada fuera del útero. Muerte.

Núm. 53. Boldt.— Seis días después del parto, calofríos y 40°; fiebre irregular. Dos semanas más tarde 39°,4 y 124 pulsaciones. Boldt encuentra solamente una metritis séptica, y al examen sigue 51° y 156 pulsaciones, Histerectomía en el día siguiente. Curación.

Núm. 54. Carpenter. -- Quinto día depués del parto 40°,3. Se quita con legrado restos placentarios descompuestos. En la mañana siguiente 39°,1 y 120 pulsaciones; en la tarde 40°,7 y 148 pulsaciones; sigue la misma situación durante otro día y se observa un abundante loquio purulento, Histerectomía. Curación.

Núm. 55. Goldsborough.— Tercer día del puerperio 40°,9 y 120 pulsaciones. Cuarto día, flujo fétido, 38°,5 y 120. Quinto día, pleuresía séptica. Histerectomía. Curación. El útero estaba parcialmente gangrenado. El operador fué Kelly y la intervención se hizo á la Porro; en los primeros días sólo se empleó el lavado intrauterino. Nada se dice de la pleuresía, que debió curarse.

Núm, 57. Tuffier.— Fiebre desde el segundo día. Histerectomía en el noveno, Muerte. En necropsia: no hay peritonitis. El termómetro había bajado después del barrido durante dos días.

Núm. 58. Hartmann.— Fiebre desde el segundo día; en el quinto 41°,2 y 132 pulsaciones; en el sexto 40° y 160. Histerectomía. Muerte. En la necropsia se encontró un litro de pus en la pleura izquierda, y el hígado estaba en putrefacción.

Núm. 59, Porak y Potocki.—Varios días después del parto no parecía que la enferma tuviera peritonitis y sí septicemia uterina. Utero grande, cuello permeable, loquios fétidos. Estado muy grave y sin alivio con el tratamiento intrauterino. Histerectomía. Muerte en la noche siguiente.

Núm. 60. Rochard.— Fiebre desde el segundo día. Calofríos.

Tratamiento local sin resultado; dos legrados. Histerectomía. Flebitis en las venas uterinas y en los ligamentos anchos. Utero de corte gríseo y fétido. Hubo que dejar colocadas las pinzas en vez de ligar, por el estado grave de la enferma. Muerte.

Núm. 61. Quénu.— Parto prematuro é infección por saprófitos en placenta retenida; 40°, 135 pulsaciones; estado general grave. Histeretomía en el séptimo día. Utero poco alterado. Muerte en el vigésimo día, con accidentes eclámpsicos y albuminuria.

Núm. 62. Perret.— Fiebre desde el primer día del puerperio. Entre el décimoquinto y el vigésimo, 40 á 41°,6. En vista de que no mejora la enferma, se hace la histerectomía. Muerte á las pocas horas de ser operada. Había abscesos múltiples debajo del peritoneo de revestimiento del útero.

Número 63. Treub.— Fiebre desde el segundo día del puerperio. Ingresa en el octavo con 39°,9 y 144 pulsaciones; temperatura máxima, 40°,2. La marcha del mal era bonancible al principio, pero después se agravó y parecía tan malo su estado, que se hizo la histerectomía por la vagina; no se concluye la operación, á causa de dificultades técnicas, y á pesar de haber roto la vejiga y no terminado la extirpación, se queda pronto en salvo la enferma.

Núm. 64. Zeweiffel.—Operó un caso seguido de muerte. Se vió un trombo en la vena hipogástrica.

Núm. 65. Morisani.—Parto á los ocho y medio meses. Tentativas inútiles de extracción placentaria; 39°, y 130 pulsaciones. Histerectomía en el tercer día, abdominal total. Utero blando, endometrio gris verdoso, tejido placentario adherente en vías de disgregación. Sigue ocho días con ligera temperatura. Manía persecutoria. Curación.

Núms. 66, 67 y 68. Morisani.—Hizo una histerectomía por fibroma, durante el perpuerio, á las cuarenta y ocho horas del parto, y murió la enferma dos días después. Otro caso por retención placentaria, seguido de curación, además del citado más arriba; y otro por rotura uterina durante la extracción manual de la placenta, sin que yo conozca el resultado final, ni si había ya infección.

Núm. 69. Fargas.—Operó un caso de fibroma con retención placentaria é infección. Histerectomía. Muerte á los dos días.

Núm. 70. Reynier.—Según me dice Bonnaire, operó una enferma, quien no presentaba alteración alguna patológica aparente del útero, y sufría desde hacía muchas semanas las oscilaciones hipertérmicas de una puohemia puerperal y estaba completamente caquéctica. En seguida de la histerectomía cesaron los síntomas y se repuso la enferma. El útero, muy pequeño, con anejos sanos, demostró en

los cortes una infiltración purulenta de sus senos. La mujer estaba gravísima.

Núms. 71 y 72. Hartmann.—Dos laparotomías abdominales seguidas de histerectomía; las enfermas murieron sin que se observara en la necropsia infección peritoneal. Una de ellas sucumbió cerca de un mes después de operada; las dos continuaron con la fiebre de infección.

Núm. 73. Hoffmeier.—Versión y extracción; hemorragias cervicales incoercibles; infección. Histerectomía vaginal dieciocho días después del parto. Sigue la infección, y muere la enferma tres días después de operada, probablemente por anemia extrema y corazón débil. El peritoneo estaba enteramente normal.

Núm. 74. Jaboulay.—En noviembre de 1893, hizo la histerectomía vaginal por hemisección posterior y báscula del útero, por infección, dos semanas después del parto; empezó el mal por una retención placentaria, y se había hecho ya el legrado. La enferma sucumbió dos días después de ser operada. La necropsia resultó negativa, pero no se hizo el examen histológico del útero.

Núm. 75. Jaboulay.—Hizo después otra histerectomía, en condiciones y circunstancias análogas á la anterior, núm. 74, y con el mismo resultado final desgraciado. Ambas operaciones fueron fáciles, si se exceptúa el cuidado necesario para no coger con las pinzas el ureter, muy aproximado al útero ensanchado.

Núm. 76. Freund.—Después de extraer la placenta se presentaron grandes calofríos. Histerectomía, quitando también la vena espermática. Muerte de la enferma. Se intervino á los ocho días de la infección, y había muchas trombosis hasta la vena cava y la arteria pulmonar.

Núms. 77 y 78. Sellheim.—Hizo una histerectomía vaginal, seguida de muerte, por infección; y otra por el abdomen en un caso complicado de rotura uterina, ó perforación, con éxito feliz. (*No está bien clara la traducción*).

Núm. 79. Dürhssen.—Pihemia después de incindir el cuello y aplicar el forceps, en una primípara que enfermó á los pocos días después del parto, con calofríos y fiebre intermitente. El operador la vió mes y medio despuès y, algunos días más tarde, subiendo la fiebre, quitó el útero y los anejos por el vientre, dejando un desagüe vaginal. Los ovarios y los vasos uteroováricos, llenos de pus y de pequeños abscesos. La enferma se curó sin reacción.

Núm. 80. Dœderlein.—Metroperitonitis puerperal aguda. Histerectomía. Muerte.

Núm. 81. Treub.—Plurípara con hemorragia en el parto y durante la expulsión placentaria; se levanta al séptimo día y vuelve á sangrar sin que basten varios taponamientos ni una sutura cervical. Exangüe, con pulso imperceptible y fiebre de 38 á 39° varios días, con delírio á veces, se practica la histerectomía vaginal tres semanas después del parto, el día 7 de Enero de 1893. No hay lesíones en el cuerpo ni en el cuello. Curación rápida.

Núm. 82. Pryor.—Parto seguido de nueve ó más días de fiebre; á las dos semanas, con temperatura alta, 110 pulsaciones y 28 inspiraciones, se lava el útero con agua boricada y baja algo el termómetro. Rasgadura perineal cubierta de membranas; útero poco sensible. A los dos días, legrado con pulso á 140. Útero muy quebradizo y muy sangrante: comienzo de gangrena. Histerectomía vaginal difícil, relleno de gasa para aislar la pelvis; pulso á 160, que baja á 128. A los seis días se esfacela la arteria uterina. Curación lenta. La incisión operatoria estuvo durante una semana cubierta de falsas membranas.

Núm. 83. Vineberg.—Calofríos y fiebre después del parto, diez y nueve días. Temperatura alta; 120 pulsaciones; vientre abultado y sensible. Legrado que arrastra mucho tejido placentario; lavados uterinos; se alivia temporalmente, pero durante poco. Histerectomía abdominal, que mejora mucho el pulso y cura en cuatro semanas á la enferma. Utero con restos gangrenosos, fétidos y abundantes, á pesar de los lavados; peritoneo engrosado, verdoso, sin pus; anejos sanos. Lavado y desagüe de la cavidad abdominal.

Núm. 84. Sthal.—Retención de membranas; fiebre ligera en los primeros días. Expulsión de la caduca; el termómetro llega á 41° con calofrío en el quinto día. Utero fibromatoso con algún núcleo reblandecido. Siguen las temperaturas altas y se hace la histerectomía, doce días después del parto, á la Porro. Después hubo varios días con fiebre todavía y tardó la curación dos meses.

Núm. 85. Pourtalès.—Infección retroperitoneal y trombosis pelviana con grandes lesiones viscerales después de un parto con líquido amniótico fétido y rotura prematura de la bolsa de las aguas. Histerectomía. Muerte sin alivio alguno en dos días.

Núm. 86. Schultze.—Parto normal; retención placentaria; imposible penetrar en el útero para extraerla; sepsis. Laparotomía abdominal al séptimo día después del parto. Utero poco adherente al intestino; abertura y extracción placentaria; amputación á la Porro y muñón extraperitoneal en 1886. Curación.

Núm. 87. Skutsch.—Parto de siete meses, feto muerto. Imposible extraer la placenta. Sepsis grave. Laparotomía, abertura del útero

y extracción de la placonta. Extirpación del útero y de los anejos enfermos ya; pedículo externo. Curación fácil.

Núm. 88. Braun.—Parto normal sin examen interno. Al tercer día sepsis y al cuarto peritonitis. Histerectomía abdominal. Utero difteroide; peritonitis generalizada seropurulenta; parametritis fibrinosa. Muerte á las veinticuatro horas.

Núm. 89. Schwartz.—Infección durante el parto; líquido amniótico algo fétido. Operación de Porro. La temperatura y el pulso antes y en la noche de la operación, 40° y 180 pulsaciones; algunos vómitos; en el día siguiente 37°; y, con ligeros accidentes, llega la curación en tres semanas.

Núm. 90. Salus.—Osteomalácica, con bolsa rota durante treinte y seis horas. Infección grave y líquido amniotico fétido. Operación de Porro. La considerable estrechez impide pasar la gasa de desagüe por la vagina. Muerte por peritonitis al sexto día. El cuello estaba ya infectado también y la infección era gravísima.

Núm. 91. Fritsch.—Raquítica, con niño muerto dentro del útero. Infección grave con pulso rápido. No cabe el cranioclasto. Histerectomía abdominal total. Desagüe abdominovaginal. Curación inmediata.

Núm. 92. Siedentopf.—Raquítica, quien pierde las aguas prematuramente, sobreviniendo un tetanismo uterino que calma la morfina; después puede verse que el feto está vivo y el útero más blando, pero hay infección, albuminuria é ictericia. Histerectomía abdominal total, después de la sección cesárea, con desagüe abdominovaginal. Tres horas después de operada no hay fiebre y, con ligeros accidentes, se va curando en cuarenta días, lo mismo que el niño.

Núm. 93. Ikeda.—Mujer sumamente débil, colapsada; pulso á 138; abdomen abultado y sensible. Por la estenosis pelviana se recurre á la operación de Porro después de extraer el niño vivo y su placenta. En seguida bajan la temperatura y el pulso, pero vuelven á subir durante algunos días, hasta que el muñón uterino se desprende; en este momento, á pesar de comunicarse el vientre con la vagina, viene seguida la curación.

Núm. 94. Polak.—Parió hace tres semanas la enferma á término, y desde entonces hay fiebre que aumenta, flujo fétido y purulento; cuello ancho y desgarrado, con fuerte ectropion; vómitos constantes; 40°, pulso débil, entre 120 y 140; las irrigaciones no bastan. Histerectomía vaginal muy difícil. La temperatura continuó alta varios días y aún subió más en el quinto, pero se cambió el apósito y después todo fué bien.

Núm. 95. Weiss.—Placenta previa; versión; imposibilidad de extraer el anejo totalmente en varias y diferentes maneras. Sepsis, con poca temperatura al principio, pero el pulso es frecuente; calofríos; vientre blando, parametrio sensible. Estreptococo en los loquios. Histerectomía vaginal total; pedículo de ligamentos fijados á la herida vaginal. Hay poco alivio; siguen subiendo el termómetro, la frecuencia del pulso y de la respiración, y muere pronto la enferma. Había peritonitis generalizada, anexitis, degeneración cardíaca, hepática y renal, edema pulmonar y anemia general.

Núm. 96. Metcalf.—Infección grave en el tercer día después del parto. Lavado uterino y legrado, que alivia temporalmente. Cinco días después, colpotomía posterior sin encontrar pus. Histerectomía vaginal. Nueva elevación de temperatura después con pulso incontable, y se encuentra en la pelvis un absceso con líquido gris obscuro; se desagua, y en diez dias más llega á la curación. El útero era blando y friable y estaba completamente infiltrado de pus desde la mucosa hasta el peritoneo. Había estreptocos abundantes.

Núm. 97.—Metcalf.—Una embarazada adquiere la gonococia en el octavo mes, y quince días después del parto tiene fiebre alta con dolores pelvianos que se reproducen tres veces en el siguiente mes. Legrado, desinfección y desagüe del útero, que no alivian; al contrario, se agrava la enferma y presenta un dolor en la región hepática. Histerectomía vaginal con ablación de los anejos enfermos, que tenían varios abscesos. Curación.

Núm. 98. Picqué.—Pare en la Clínica y enferma de infección; temperatura de 40°-y dolores hipogástricos. Sale del hospital en el undécimo día, enferma aún, y al cabo de un tiempo entra en el de Bichat. Histerectomía. Absceso entre el útero y los ligamentos anchos Curación seguida.

Núm. 99. Ipéma.—Parto normai; hemorragia en la expulsión de la placenta. Temperatura que no pasa de 38°, pulso á 150; los loquios se hacen después de algunos días más sanguinolentos y el útero sigue blando. Barrido digital, que extrae coágulos y un trozo placentario. Sigue alta la temperatura y se pone el pulso á 144. Vientre blando é insensible por todas partes, Histerectomía vaginal. Muere la enferma veinticuatro días después de operada.

Núm. 100. Roosemburg.—Rómpese el cordón y se retiene la placenta. Calofríos y fiebre; loquios fétidos; pulso á 130; temperatura á 41°,5; respiración á 40. Legrado con la cuchara grande de Volkmann, que arrastra la placenta por estrechez del cuello. Desinfección

y taponamiento; al día siguiente 40°,5 y 145 pulsaciones; vientre timpanizado; náuseas. Histerectomía vaginal. Curación.

Núm. 101. Rochard.—Un mes después del parto 39° y 120 pulsaciones; pulso pequeño, filiforme; palidez extrema; infección profunda. Histerectomía vaginal. Pus al abrir el seno retrouterino. Tubo y mechas para hacer el desagüe. Utero muy grande, blando, gríseo. Muerte en la misma noche de la operación, en profunda adinamia.

Núm. 102. Rochard.—Presentación del tronco, versión imposible; se sospecha una rotura uterina, y resulta que lo que procide es el cordón del feto muerto; 49°, líquido amniótico fétido; el feto sale por ligera expresión. La laparotomía abdominal demuestra la existencia de una peritonitis, y se practica la histerectomía supra-vaginal con pedículo externo; desagüe. Muere la enferma.

Núm. 103. Rochard.—Quiste ovárico y embarazo. A los dos días después del parto, 39° y 120 pulsaciones. Lavados uterinos, que nada arrastran, durante seis días. Empeora la enferma; 39°,6, 120 pulsaciones, palidez, ojos hundidos. Laparotomía subumbilical y extirpación del quiste, que se rompe y derrama un líquido fétido en el peritoneo; después se hizo histerectomía total con desagüe abdómino-genital. Muere la enferma en colapso.

Núm. 104. Faure.—Cuatro días después del parto, 40°; pulso malo, vientre timpanizado. Histerectomía vaginal, que vierte gran cantidad de pus al llegar á la vagina el fondo del útero; lavado y desagüe. Muerte á los dos días. Necropsia: peritonitis generalizada, pleuresía y pericarditis purulenta.

Núm. 105. Faure.—Cinco días después del parto situación grave, como en el caso anterior. Histerectomía *in extremis*. Derrame abundante de pus al extraer el útero. Muerte al siguiente día.

Núm. 106. Faure.—Infección varios días después del parto. Legrado que alivia temporalmente, y después se agrava de nuevo la enferma. Histerectomía, que también favorece durante algunos días, para empeorar después, los síntomas generales, sin reacción peritoneal. Muere la enferma dos semanas más tarde. No se hizo la necropsia.

Núm. 107. Faure.—Enferma de treinta y cinco años; legrado de urgencia. Agrávase y, en situación desesperada, se practica la histerectomía en el octavo día de la infección. Derrame purulento al abrir la cavidad pelviana. Muerte á las cuatro horas.

Núm. 108. Faure.—Pasan dos días entre el parto y la expulsión de la placenta, y otros dos más tarde entra en plena infección la enferma; 40°,6, 130 pulsaciones, sudores, calofríos, poco timpanismo.

Histerectomía vaginal. No hay pus en el peritoneo; cavidad uterina con residuos esfacelados y restos de membranas fétidos; algunos abscesos intersticiales. Baja la temperatura á 38°,6; al dia siguiente se presenta la anuria casi completa, que cesa en la noche; 120 á 130 pulsaciones. Vuelve á elevarse el termómetro, y al otro dia llega á 40°, al tercero á 41, después á 41°,2. Muerte.

Núm. 109. Faure.—Placenta retenida parcialmente. Infección grave de ocho dias de duración. Legrado inmediato; otro al siguiente día; por la noche 41°,2 y 120 pulsaciones. Histerectomia vaginal. Grueso trozo placentario en un cuerno uterino. Alivio durante dos días; después se agrava la enferma y muere en el sexto día.

Núm. 110. Turenne.—Después del parto se presenta un dolor en la fosa ilíaca y en el muslo, terminando con un derrame de loquio purulento á los dos días. Fiebre ligera durante más de un mes; absceso del ligamento ancho. Histerectomía, porque el pus se derrama á medida que se coge el útero con las pinzas de garfios. Curación.

Núm. 111. Mauclaire.—Pelviperitonitis supurada después del parto. Legrados á un mes de distancia uno del otro; no alivian y sigue febril la enferma. Histerectomía vaginal un mes más tarde; evacuación abundante de pus; el útero estaba convertido en una esponja purulenta. Muerte al siguiente día.

Núm. 112. Broca.—Parto seguido de infección con loquios purulentos. Lavados y legrados resultan inútiles. Fórmase un flemón del ligamento ancho y continúa el estado febril. A los tres meses después del parto se practica la histerectomía vaginal y el desagüe; ocurre una herida intestinal operatoria, que da salida á materias intestinales en el tercer día. Sigue la fiebre y muere la enferma dos semanas después de operada.

Núm. 113. Nélaton.—Después de un parto se presentan dolores en la pelvis, que obligan á la enferma á quedarse nuevamente en cama después de haberse levantado; adquiere la gripe y, no mejorando, se encuentra una pelviperitonitis. Estado general, grave. Nélaton hace la histerectomía y no puede, á pesar del despedazamiento, quitar todo el útero; pero se hace la evacuación de todos los focos periuterinos, y se cura la enferma.

Núms. 115 y 116. Bumm.—Hizo otras dos histerectomías con éxito feliz. El examen del útero demostró la putrefacción de la mucosa uterina y de las capas musculares subyacentes.

Núm. 117. Goffé.—Infección puerperal. Histerectomía. Utero de paredes gruesas infiltrado de abscesos, que también se encuentran en las trompas y los ovarios. Muerte á los treinta y seis horas ¿del parto ó de la operación? por agotamiento y neumonía intercurrente.

Núm. 118.—Tuffier opera una enferma de Bonnaire, á quien éste consideraba perdida ya. Estaba más intoxicada que infectada, y presentaba ya fenómenos bulbares: cefalalgia, disnea, sobresaltos tendinosos, delirio, etc. El útero, extirpado, era una esponja empapada de un líquido gríseo. Muerte.

Núm. 119. Jorfida.—Parto hace doce días y enferma desde esa fecha; al cuarto, fiebre, calofríos, loquios fétidos y negruzcos, tumefacción parauterina, 39°, 132 pulsaciones y 38 inspiraciones. Dos días después, 40°, 136 y 36; sensorio perturbado. Endometritis, salpingitis, perimetritis bilateral puerperal. Se practicó la histerectomía, pero siguió la infección, y hubo más tarde una flebitis de la pierna. Salió la enferma curada á los cuarenta y seis días de ser operada. Había pus en las paredes uterinas, en las trompas y en un ovario, y loquio putrefacto en el endometrio.

Núm. 120. Klein.—Plurípara que pare prematuramente. Retención de membranas y grave hemorragia; 38°, 100 pulsaciones; secreción fétida. Legrado, calofríos repetidos; 41°,8, 140 pulsaciones; delirio y postración. Histerectomía vaginal cuatro días después del legrado. Endometritis séptica, parametritis y tromboflebitis derecha. Al terminar el cuarto día, la temperatura era normal. Curación.

Núm. 121. Bazy.—Practicó, según Mauclaire, una histerectomía abdominal total en el décimotercio día, ¿de la infección ó del parto? Muerte de la enferma.

Núm. 122 y 123.—Naün operó dos puérperas sépticas, muy graves, haciéndoles la castración, pero tarde ya. Las dos sucumbieron sin experimentar alivio alguno.

Núm. 124.—Queirel, en un caso de endometritis grangrenosa, hizo la histerectomía en el puerperio, encontrando sano el revestimiento peritoneal y una infiltración embrionaria con abundantes estreptococos en las paredes uterinas.

Núm. 125 y 126.—Duret, operó otras dos enfermas de infección puerperal con la histerectomía. Murieron las dos.

Núm. 127. Jayle.—Infección puerperal pura sin lesión de los anejos ni retención placentaria. Estado general muy grave en un organisme muy perturbado, con insuficiencia mitral, sífilis anterior, piel azulada. Histerectomía. Muerte de la enferma.

Núm, 128. Jayle.—Infección puerperal pura sin lesión de los anejos y retención placentaria. Estado general tan grave como en la anterior observación. Amputación supravaginal que alivia sólo temporalmente; habiendo vuelto á encenderse la fiebre, Jayle amputa el cuello y se cura la enferma.

Núm. 129. J. Veit.—Operó una puérpera con endometritis y peritonitis purulenta, que murió doce horas después.

Núms. 130 al 138.—Jacobs operó por histerectomía en el puerperio séptico nueve veces, habiendo conseguido salvar á siete enfermas. No he podido procurarme detalles de estas observaciones, que son inéditas, según me dice Jacobs; pero sé que distingue muchas contraindicaciones de la intervención y que sólo viene á operar en las localizaciones, según carta suya.

Núm. 139. Ravanier-Bazy.—Hicieron en 1896, en el puerperio séptico, una histerectomía. Muere la enferma á los pocos días.

Múm. 140. Chaput.—Hizo hace algunos años una ó dos histerectomías abdominales en el puerperio séptico seguidas de defunción. No hay detalles de las historias clínicas.

Núm. 141. Jorfida.—Parto á los seis y medio meses; hemorragia abundante, sepsis grave, 39 y 40°, 136 pulsaciones, 38 inspiraciones, á pesar del tratamiento local clásico. Histerectomía vaginal total diez y seis días después del parto. Curación. Se había diagnosticado: endometritis, metritis, perimetro-salpingo-ovaritis bilateral puerperal.

Resulta que hasta el 1.° de Febrero de 1903, hemos podido encontrar 143 operaciones de histerectomía en el puerperio séptico agudo, que han terminado por curación en 68 casos y por defunción en 73, exceptuando 2 casos cuyo último resultado me es desconocido.

Entre los 141 casos de terminación conocida, hay histerectomías practicadas en los seis primeros meses del embarazo, 33 con 19 curaciones y 14 defunciones.

Histerectomías practicadas en los últimos tres meses del embarazo: 108 con 51 curaciones y 57 defunciones.

Clasificando estos casos, para nuestro fin particular, en graves, muy graves y gravísimos, encontramos:

En los seis primeros meses del embarazo:

Casos graves 6, con 5 curaciones y 1 defunción, ó sea 16 por 100 de mortalidad.

Casos muy graves 17, con 12 curaciones y 5 defunciones, ó sea 35 por 100 de mortalidad.

Casos gravísimos 10, con 2 curaciones y 8 defunciones, ó sea un 80 por 100 de mortalidad.

En los tres últimos meses del embarazo:

Casos graves 7, con 3 curaciones y 4 defunciones, ó sea un 57 por 100 de mortalidad.

Casos muy graves 57, con 26 curaciones y 31 defunciones, ó sea un 54 por 100 de mortalidad.
Casos gravísimos 33, con 13 curaciones y 20 defunciones, ó sea un 60 por 100 de mortalidad.

Clasificando los mismos casos en cuanto á la naturaleza de la infección que los motivó, clínicamente, hallamos:
En los seis primeros meses del embarazo:
Por infección generalizada 15, con 4 curaciones y 11 defunciones ó sea un 73 por 100 de mortalidad.
Por infección uterina 11, con 8 curaciones y 3 defunciones, ó sea un 27 por 100 de mortalidad.
Por infección pelviana 7, con 6 curaciones y 1 defunción, ó sea un 14 por 100 de mortalidad.
Por infección mixta 2, con 1 curación y 1 defunción, ó sea un 50 por 100 de mortalidad.
En los tres últimos meses del embarazo:
Por infección generalizada 26, con 6 curaciones y 20 defunciones, ó sea un 77 por 100 de mortalidad.
Por infección uterina 38, con 20 curaciones y 18 defunciones, ó sea un 47 por 100 de mortalidad.
Por infección pelviana 29, con 12 curaciones y 17 defunciones ó sea un 59 por 100 de mortalidad.
Por infección mixta 7, con 2 curaciones y 5 defunciones, ó sea un 71 por 100 de mortalidad.

Clasificando los mismos casos, según que han recibido un tratamiento pronto ó tardío, vemos:
En los seis primeros meses del embarazo:
Casos bien tratados 21, con 14 curaciones y 7 defunciones, ó sea un 33 por 100 de mortalidad.
Casos poco tratados 12, con 3 curaciones y 9 defunciones, ó sea un 75 por 100 de mortalidad.
Entre 33 casos de resultado conocido, se registra 17 curaciones y 16 defunciones, ó sea un 48 por 100 de mortalidad.
En los tres últimos meses del embarazo:
Casos bien tratados 78, con 36 curaciones y 42 defunciones, ó sea un 53 por 100 de mortalidad.
Casos poco tratados 22, con 6 curaciones y 16 defunciones, ó sea un 72 por 100 de mortalidad.
Entre 100 casos de resultado conocido, se registra 42 curaciones y 58 defunciones, ó sea un 58 por 100 de mortalidad.

OTRAS ESTADÍSTICAS

Baldy, en 1895, señalaba ya 49 operaciones con 7 curaciones.

Dœderlein añade otras 17, con 8 curaciones.

Tuffier, entre 45 histerectomías abdominales, halló 28 curaciones y entre 18 vaginales encontró 10 curaciones.

Fehling, entre 61 intervenciones, consigna un 55,7 por 100 de mortalidad.

Bonamy, entre 31 casos señala:

11 de histerectomía vaginal, con 7 curaciones y 4 defunciones.

8 de histerectomía abdominal total, con 4 curaciones y 4 defunciones.

9 de histerectomía supravaginal, con 8 curaciones y 1 defunción.

3 á la Porro, con útero infectado, con 2 curaciones y 1 defunción.

Benoist, entre 21 operaciones, indica:

11 de histerectomía vaginal, con 4 curaciones y 7 defunciones.

7 de histerectomía abdominal total, con 4 curaciones y 3 defunciones.

3 de histerectomía supravaginal con 2 curaciones y 1 defunción.

En junto producen estas dos estadísticas. 50 operaciones con 18 defunciones; y añadiendo otras dos con funesto resultado, de Faure, resultan: 52 operaciones con 20 defunciones, ó sea un 38 á 39 por 100 de mortalidad.

Trotta, desde el año 1885 hasta el 1900, señala 52 operaciones de Porro, en parto infeccioso, con 29 curaciones y 23 muertes.

Mauclaire y Benoist, entre 57 intervenciones, consignan:

Por histerectomía abdominal total, 18 con 11 curaciones y 7 defunciones.

Por histerectomía supravaginal 10, con 8 curaciones y 2 defunciones.

Por histerectomía vaginal 24, con 11 curaciones y 13 defunciones.

Por histerectomía de Porro 5, con 4 curaciones y 1 defunción.

En total, 34 curaciones y 23 defunciones.

Estos mismos autores aprecian los casos de intervención, según la época del mal en que se llevó á cabo, y señalan:

Entre 53 operaciones durante el puerperio séptico:

19 entre el primero y quinto día, con 13 curaciones y 5 defunciones.

14 entre el quinto y el décimo, con 6 curaciones y 8 defunciones.

10 entre el décimo y el décimoquinto, con 7 curaciones y 3 defunciones.

10 después del decimoquinto día, con 7 curaciones y 3 defunciones.

Bien se observa en este cuadro de Mauclaire y Benoist, que la época más sombría está entre el quinto y el décimo día, mientras que antes del quinto día y después del décimo, vienen á ser próximamente iguales los resultados y siempre más favorables que en el período citado. Pero la apreciación de este dato en el sentido pronóstico es difícil de juzgar, porque en esos días suele ser más intensa la difusión en los casos que han de ser verdaderamente graves, y puede depender también la mayor mortalidad en dichos días de que los casos más intensos, por virulencia, cantidad de bacilos ó mal terreno, se acaban generalmente pronto sin llegar al décimo día.

Zipperlen, en 1899, reunía 74 operaciones con 36 curaciones y 38 defunciones.

Treub, procurando precisar las indicaciones de la histerectomía en el puerperio séptico, desmenuza la suya de infectadas después del aborto ó el parto y suministra los datos siguientes:

Entre 475 mujeres enfermas de infección y curadas, había 222 con temperatura de 39 á 40°,5; y otras 16 que llegaron á 40'5 y 41°,5. Al mismo tiemdo se curaron 130 con pulso de 120 á 150; otras 10 de 150 á 170 y 250 entre 100 y 120. Al lado de estas enfermas, curadas en la Clínica, mueren solamente 8.

Entre 27 infectadas fuera de la Clínica, hubo 15 curadas con temperatura de 39 á 40°,5; y otras 6 entre 40'5 y 41°,5. Al mismo tiempo se curaron 18 con pulso de 120 á 150; otras 2 entre 150 y 160; y 5 entre 100 y 120.

Es decir, que se curaron muchas graves y algunas menos graves. Es sensible que no se pueda comparar el estado del pulso y el de la temperatura entre las curadas y fallecidas.

Entre las infectadas con aborto incompleto, venidas de la ciudad, hubo 178 curadas; y entre éstas, 67 con temperatura de 39 á 40°,5; 13 de 40'5 á 41°,5, Al mismo tiempo se curaron 100 con 120 á 150 pulsaciones, 5 con 150 á 170, y 63 con 100 á 120.

Entre las enfermas de aborto provocado confesado hay 27, de las cuales se curan 5 con temperatura de 39 á 40°,5, y 6 de 38 á 39°. Al mismo tiempo se salvan: 1 con 120 á 130 pulsaciones, y 10 entre 90 y 120. De las 27 murieron 5.

Gheorghiu, entre 345 infectadas, del servicio de Budin y el de Porack, señala aproximadamente un 4'3 por 100 de mortalidad. Treub, en su servicio, tiene entre 690 un 5 poa 100. Pero si se cuenta poco más de 100 casos graves de la estadística de Gheorghiu, resultaría un 13 por 100 de mortalidad.

Budin, durante el año escolar de 1901, vió ingresar en su servicio 3 infectadas, algunas de ellas seriamente. En 4 bastaron las inyecciones intrauterinas. En 13 se recurrió á la limpieza profiláctica. En 16 se hizo el barrido digital y con el escobillón.

Una de éstas, admitida diez días después del parto, ocho después de comenzar la infección, tenía 40°, color bronceado, sangre con 800.000 glóbulos rojos solamente, y debilidad extremada, subdelirio é incontinencia de las materias fecales.

Otra enferma, en extremo grave, que había parido hacía ya una semana, fué tratada por el barrido, pero sucumbió. En la necropsia no se halló lesión alguna en las paredes uterinas.

Maygrier, entre 392 infectadas, curó 299, más del 75 por 100, con barridos digitales y escobillonajes. Otras 61 no fueron tratadas de este modo, y se curaron 49 de éstas con solo irrigaciones uterinas; las 12 restantes se murieron sin ser sometidas á la medicación local por no creerla indicada; 8 llegaron demasiado tarde, y 4 infectadas en el hospital tenían peritonitis, flebitis, etc., que la hubieran hecho inútil.

Entre las 331 escobillonadas ó legradas, se curaron 299 y murieron 32. Entre las fallecidas hay 27, infectadas en la ciudad, en condiciones deplorables, con fenómenos generales graves, y en quienes se intentó sin esperanza el legrado. Entre las otras 5 infectadas en el servicio hospitalario, la necropsia demostró un una la existencia de la gangrena localizada en un cuerno uterino; otra, muerta de anexitis supurada, no llegó á operarse; otras dos sucumbieron á una parotiditis doble y bronconeumonía infecciosas; la última, á pesar de dos barridos y legrados, murió por retención de las membranas.

Perret, del servicio de Budin, entre 125 infectadas, cuenta solo 2 defunciones, habiendo estado muy graves algunas de las curadas. Y, según Rion, en la misma Clínica, con el raspado y el escobillón, la mortalidad fué en 1901 de 0,57 por 100.

La Torre, aludiendo al mismo servicio, da la siguiente tabla de mortalidad:

En 1895, segundo semestre..........	0'46 por 100.
En 1896, » »	0'39 por 100.
En 1897, » »	0'27 por 100.

En Baudelocque, en 1893, entre 2.137 paridas, hubo 123 infectadas. y murió un 0'10 por 100.

Según Laran, entre 24 puérperas infectadas, y tratadas con el

suero de Marmoreck, hubo 18 curaciones, 5 muertes y una terminación por manía puerperal, ó sea un 20 por 100 de mortalidad.

Trifon, entre 67 infecciones puerperales tratadas con el flemón de Fochier, registra 59 curaciones y 8 defunciones.

Mis notas, desde la fecha en que suministré al Dr. Trifon las observaciones que en su Memoria tuvo la bondad de consignar, arrojaron otras 8 infectadas con 5 curaciones y 3 defunciones.

En conjunto son 75 infectadas, tratadas por el flemón de Fochier, con 64 curaciones y 11 defunciones. ó sea un 15 por 100 de mortalidad.

Todas las anteriores cifras acusan de modo abrumador un excesivo contingente de mortalidad para las infecciones puerperales agudas que fueron tratadas por la histerectomía; y, á seguir la sentencia del pleito, sin más datos que los de las citadas estadísticas, caería sobre tal operación el más rápido descrédito. No es ésta, sin embargo, nuestra opinión' y creemos que para fallar en justicia se hace necesario considerar múltiples circunstancias de las que unas favorecerán á la histerectomía y otras la serán hostiles, pero de las que no se puede prescindir si hemos de ser imparciales en cuanto puede alcanzar este don al cerebro humano.

Ni la pequeña proporción centesimal que arrojan los raspados y los barridos son absolutamente atendibles, ni las enormes cifras de mortalidad que dan los cuadros de la histerectomía han de ser justiciables sin apelación; como no creemos que las cifras notadas en cuanto al suero de Marmoreck, ni al flemón de Fochier, deben admitirse sin maduro examen.

Al tanteo de las indicaciones dedicaremos la segunda parte de este trabajo, y bien quisiéramos poderlo hacer con la serenidad de juicio que merece el Congreso al proponer el estudio de tan interesante asunto. Bien dijo Herrgott que «el organismo, con su complejidad y sus obscuridades, que parecen multiplicarse á medida que se avanza en el estudio, no se presta fácilmente á sistematizar; siempre quedan la vida y la naturaleza, con sus misterios y sus recursos, que nunca conoceremos bastante para encerrarlos en los estrechos límites de un sistema». La dificultad de este estudio es grande, pero el interés no es menor, y bastaría para justificar nuestras investigaciones la contemplación de las siguientes cifras:

En Alemania mueren todavía al cabo del año, de 4 á 5.000 mujeres infectadas, próximamente el 30 por 100 de las enfermas, y eso que no se cuentan aquí los abortos clandestinos, que aumentarían bastante la cifra; en Francia sucumben, en el mismo tiempo y por análogo

concepto, 6.000, y en Inglaterra más de 1.000. En las mejores Maternidades de París, según Ricard, muere todavía un 10 por 100 de las infectadas; y si bien esta cifra equivale á un tanto por ciento muy pequeño considerándola con relación á las mujeres que paren en dichos establecimientos, todavía hay que tener en cuenta que en la práctica de las ciudades y del campo pasan las cosas de modo muy distinto, por tener que remediar siempre trastornos patológicos más ó menos graves, ya cuando el médico es requerido; y aun en los mismos servicios, bien atendidos por personal idóneo, no siempre se registra proporción centesimal de mortalidad tan exígua. Maygrier, de cuya competencia nadie dudará, proporcionaba en el año 1897 la siguiente estadística del hospital de Lariboisière:

Entre las infectadas sin distinciones, 16'27 por 100 de mortalidad.

Venidas de la Maternidad: entre 1.259 mujeres, hubo una sola defunción, ó sea un 0'8 por 100 de mortalidad.

Venidas de la ciudad: entre 48 hubo diez muertes, ó sea 17 por 100.

En otros servicios: entre 40 hubo 11 muertes, ó sea 27'5 por 100.

Entre las tratadas en la sala de aislamiento, murieron 12'79 por 100.

Una conclusión se impone ante el examen de estas cifras: hemos progresado considerablemente en la profilaxia de la infección puerperal, pudiendo sostenerse que, con una esmerada asistencia preventiva, será rarísimo que la parturiente llegue á infectarse; aun infectada, fuera de los casos de envenenamiento por la sangre, si emprendemos oportuna y prontamente un tratamiento racional, tenemos grandes probabilidades de triunfar y devolver la salud á la enferma; pero por circunstancias, evitables unas é inevitables otras, quedan todavía algunos casos excepcionales que no se curan por los remedios clásicos, y en éstos hay que hacer algo más; se estudia el suero profiláctico y curativo, se investiga sobre el valor terapéutico de los flemones provocados, se propone diversos remedios, y entre éstos; la histerectomía.

Todos los que han tomado parte en las recientes discusiones, ó casi todos, están virtualmente conformes en que tiene esta operación ocasiones de triunfo en el puerperio séptico, y en que la dificultad principal para admitirla entre los otros remedios propuestos y usuales, estriba en lo inseguros que estamos acerca del momento preciso de oportunidad para aplicarla; exceptuando alguno que la juzga sin valor terapéutico, y alguno también que contrariamente la preconiza con demasiado ardor, en mi humilde concepto, todos vienen á estar

de acuerdo, aunque parezca que no se dan cuenta exacta de ello, juzgando por la vehemencia con que sostienen sus argumentos en pro y en contra.

Los menos propicios á seguir la huella de los innovadores, se escudan en el buen éxito que consiguen casi constantemente con los tratamientos usuales, pero no dejan por eso de admitir que puede tener la operación sus indicaciones precisas en algunos casos que citan, de retención invencible por las vías naturales, gangrena, fibromas esfacelados, abscesos uterinos y acaso, en circunstancias también excepcionales y muy difíciles de determinar, en la septicemia, que ya pasó del útero á la pelvis y aun á la generalidad del organismo. Los innovadores sólo pretenden que se les reconozca esas indicaciones, haciéndolas más extensas en el campo de la generalización, quizá, pero sólo creen que debe recurrirse á esta intervención mutiladora en los casos graves, y después de haberse agotado la esperanza de curación con los remedios clásicos, bien, oportuna y enérgicamente empleados. Como se ve, no está lejano el acuerdo si de una y otra parte se depone la vehemencia y se acalla el apasionamiento.

Claro es, que siempre podría pensarse que la operación no ha sido curativa, y que el alivio se debe á la resistencia del organismo; pero este recurso cabe, con respecto á la eficacia de todas nuestras intervenciones manuales, instrumentales, farmacológicas é higiénicas, todos conocemos en nuestra propia práctica casos de notable resistencia orgánica que nos parecieron más de una vez desesperados, y se curaron con gran sorpresa nuestra, pero no debemos hacer uso de tal argumentación, porque con el mismo criterio podría sostenerse que la reposición de la enferma fué debida al barrido, al legrado, á la histerectomía ó á la quinina; estas observaciones deben, sí, hacernos cautos, con respecto al valor que hemos de asignar á nuestras intervenciones, pero no obstan para que las admitamos, sobre todo si van racionalmente informadas, como sucede con la que nos ocupa. Al fin es una intervención local más enérgica y radical que el legrado; si tenemos confianza merecida en este procedimiento, es porque suponemos, fundadamente, que el veneno, en la inmensa mayoría de los casos, viene del útero, y no hay motivo alguno que impida creer que no siempre se hace el legrado completo; si no lo supiéramos ya todos los que aquí estamos, podríamos aprenderlo en la estadística precedente, y cuéntese que sólo se hace entrar en este reparo los casos en que se dejó abandonada en el útero una porción gruesa de placenta ó de membranas, no entrando en consideración los restos microscópicos que bastarían sin duda para sostener la infectotoxemia.

Cuando Doléris mantuvo la eficacia y la conveniencia del legrado en el puerperio séptico agudo, surgieron las mismas protestas ó parecidas; las enfermas que se curaban lo debían á las irrigaciones ó á su buen temple orgánico, y, en cambio, las que sucumbían eran víctimas del traumatismo producido por la operación, de la inoculación despertada por la legra ó, cuando menos, de su ineficacia. Esto pasaba en 1890, y algunos de los más significados en contra del legrado, se declaraban partidarios de la histerectomía, en presencia del caso de Schultze y de la consulta de Kloppatowski.

INDICACIONES DE LA HISTERECTOMÍA EN EL PUERPERIO SÉPTICO AGUDO

Retención loquial.

Produce los malsanos efectos de una sepsis en cavidad cerrada; pero cuando esta modalidad clínica se debe á una dislocación uterina hacia atrás ó hacia adelante ó á una lateroversión, con marcado acodamiento al nivel del orificio interno, rara vez nos veremos en el caso de no ser bastante útiles á la puérpera con los medios de reducción ó de dilatación permanente para conseguir un suficiente desagüe. Generalmente, basta hacer el diagnóstico para encontrar el remedio, y como no sea en un caso desconocido de antemano, y mal tratado por consiguiente, deberán ceder los trastornos infecciosos todos ante las irrigaciones y los otros medios conocidos para sanear la cavidad uterina, dejando de existir el foco permanente de elementos tóxicos que pudiera hacer pensar en la necesidad de una mutilación.

A mí siempre me bastaron, sobre todo, añadiendo el empleo de la compresión anterior en las antedesviaciones y la posición sentada é inclinada hacia adelante ó el decúbito abdominal en las retrodesviaciones.

El obstáculo mecánico puede ser más difícil de remover, como sucede con los miomas, y por esto, sin duda, ha dado lugar á que en alguna ocasión se haya recurrido á la histerectomía. Claro es que en este caso se tratará de tumores de ancha base de implantación, y que alumbren en la cavidad lo bastante para obstruirla é impedir así el conveniente desagüe. Aun cuando tal suceda, la obstruccción puede no ser tan completa que obligue á una intervención qairúrgica seria, y me inclino á creer que esto ocurrirá más á menudo ayudando la infección de la mucosa de cubierta ó quizá la del mismo tumor. He visto algunas veces aquella complicación, y me bastaron los medios ha-

bituales de limpieza y de saneamiento de la cavidad, con la constante aplicación del relleno de gasa iodofórmica, para vencer las contrariedades mecánicas y la infección que, en dos casos, era bastante grave, llegando la temperatura á 39,5 y 40°,5 durante seis días consecutivos, con pulso á 110 y 130, calofríos repetidos, diarrea fétida, etc.; los trastornos comenzaron á los tres días del parto y las enfermas se curaron; los tumores, en estos dos casos, ocupaban la pared anterior y variaban en su tamaño, desde el de un puño de adulto hasta el doble, y en los dos se notaba interiormente un segmento redondeado que tocaba y aun rechazaba parcialmente la pared posterior, dando lugar á la salida de un flujo icoroso abundante en el momento en que el dedo explorador los rechazaba; otros tumores ocupaban la pared posterior, y algunos posiciones, intermedias, pero no eran tan notables ni tan nocivos como estos dos.

Tixier, de Lyon, ha tenido la bondad de comunicarme una observación, en la que, después de un aborto de cuatro meses y medio, sobrevino una infección grave, que trató con la histerectomía supravaginal y pedículo externo. Cree haber encontrado como causa la existencia de un fibroma, del tamaño de dos puños, en la red posterior que alumbraba en la cavidad y comprimía hasta impedir el desagüe; pero la enferma no mejoró, á pesar de tener colocado un grueso tubo de goma, y se practicó la histerectomía, después de la cual hubo alivio temporal. En concepto mío, la operación sólo constituyó un incidente sin grande utilidad. ni perjuicio, puesto que no hubo infección en la cicatriz ni en las cercanías peritoneales; las alternativas de alivio y de agravación se debieron á otras tantas evoluciones trombósicas, según se vió en la vida y en la muerte de la puérpera.

En casos análogos, entiendo yo que la histerectomía puede verse indicada más bien por infección del fibroma, no siempre mortal en verdad, que por obstáculo mecánico para la evacuación del exudado intrauterino, porque el desagüe, á no tratarse de casos muy excepcionales, se verifica natural ó artificialmente, casi siempre en condiciones bastantes para evitar su acumulación; y en cambio, la alteración de la mucosa que recubre el neoplasma, se hace fácilmente asiento de bacilococias, ya por la legración, que casi siempre se practica con premura, ya también sin ella, con motivo de las frecuentes trombosis que sirven de predisposición para el desarrollo de la estreptococia. En el caso de Tixier y en otros varios, se apreció la existencia de lesiones necrósicas, más ó menos extensas, acompañadas de trombosis de las venas pelvianas, que explicaban la insuficiencia terapéutica de la operación; y, aun cuando estas mismas lesiones son tan frecuentes en

todos los puerperios sépticos, con fibroma infectado ó sin él, no estará fuera de lugar llamar la atención acerca de su congruencia por tratarse de neoplasmas en los que tan importante papel juega, según algunos, el atasco vascular.

Fibromas y esfacelo.

Otro grupo de .infecciones puerperales que tiene sus puntos de contacto con el anterior, es el que se refiere á la existencia de fibromas en pleno esfacelo, aun cuando para nada hagan pensar en la obstrucción de la cavidad uterina por el neoplasma.

En tales casos, el útero sirve de guarida, y aloja entre sus mallas musculares á un cuerpo gangrenado y da lugar á constantes y repetidos accesos toxinfecciosos, distinguiéndose estos casos de los ginecológicos tan solo según creo, por la rapidez y la intensidad con que trascienden á todo el organismo los efectos letales del veneno; así me ha parecido en los casos de mi propia práctica, y me lo explico pensando, después de Keïffer, en la imposibilidad casi de aislar bien las fibras musculares uterinas de los vasos hasta el punto de parecer la pared uterina un cuerpo cavernoso; si se considera la existencia del fibroma, parte al fin de la pared uterina, afectado de desintegración y vertiendo constantemente veneno en los vasos por sus propias mallas encarcelados, la gravedad del caso salta á la vista más miope. Pienso que la indicación de la histerectomía es idéntica en los casos ginecológicos que en los puerperales que estudiamos, con una marcada diferencia pronóstica en contra de los últimos; siendo la razón de esto que en los primeros, al surgir la duda diagnóstica, entre un cáncer del cuerpo y un mioma gangrenado, se apela en ambos casos, y pronto, á la extirpación total, que se practica en un organismo relativamente sano; mientras que en los segundos se tropieza con todas las contrariedades del estado puerperal, que no son pocas. Eso no obsta para que constituya el único recurso verdaderamente útil de que puede echarse mano y que la indicación de histerectomizar sea de las más claras una vez sentado en firme el diagnóstico, pudiendo tan sólo hacerse valer de modo relativo las contraindicaciones de que más adelante hablaremos.

Gangrena del útero.

Maygrier cita 43 casos de Beckmann, 8 de Franqué y 3 suyos, y según Beckmann y Garrigues, sería la gangrena del útero bastante frecuente. Afección de difícil diagnóstico, puesto que los signos que nos recomiendan tengamos presentes para hacerlo son bas-

tante frecuentes en otros procesos sépticos del puerperio, es una de las que gozan del triste privilegio de la unanimidad entre los parteros y los ginecólogos con respecto á su tratamionto curativo, que debe ser la histerectomía. Según Fry, el olor fétido del loquio que sobreviene en los primeros días, indicaría una infección saprofítica; pero si sobreviene tardíamente, significaría gangrena. Para Beckmann, el aumento de volumen del útero sería patognómonico y la reaparición del loquio negruzco constituiría un signo de nuevo secuestro. El pronóstico es grave puesto que sucumbe, según unos, el 18 por 100 de las enfermas, y según otros, el 27 y medio por 100. Con respecto al tratamiento, Beckmann aconseja que no se haga cosa alguna y que no se tema la infección, porque siempre existe una barrera defensiva que la impide.

En esta enfermedad ha de ser eliminado un trozo del útero si ha de venir la curacion natural, como podría ocurrir la enucleación espontánea de un fibroma mortificado. Pero el cirujano ignora de antemano, por dónde ha de separarse lo muerto de lo vivo, y es posible que se esfacele un trozo que deje perforada la matriz, sin la defensa completa y eficaz de que nos habla Beckmann, y que las sanies en ella contenidas se pongan en contacto directo con el peritoneo, ocasionando una irrupción rápidamente funesta. La mortalidad de 18 por 100, indicada por Dackewitch, parece atenuada, pero el mismo autor añade que si la mujer se cura, sobreviene la atrofia del útero y será imposible un nuevo parto.

Yo ví hace algunos años morir una enferma en las condiciones de que tratamos; cuando fuí llamado á verla por primera vez, me mostraron un trozo de putrílago expulsado, que semejaba un cotiledón placentario, de olor nauseabundo y cadavérico, y halle una abertura redonda en la pared lateral derecha del útero, que contenía algunas asas intestinales, pudiendo cerciororme de que el parto había sido espontáneo y fácil y asistido por persona de quien yo no podía dudar; la enferma estaba en el vigésimo día de su puerperio, décimooctavo de su enfermedad, y si en aquellos tiempos se hubiera practicado la histerectomía dos ó tres días antes del suceso, posiblemente hubiera salvado á la enferma, que todavía vivió otros dos.

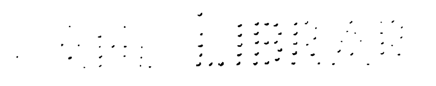
La grave dificultad que ocurre en estos casos es la del diagnóstico; y, en el que acabo de citar, si yo veo á la enferma un día antes, probablemente, dada la rareza de la gangrena uterina y la frecuencia de las retenciones placentarias, al tocar aquel trozo de tejido en vías de eliminación, hubiera creído que, ya que no otra cosa, se trataba de un cotiledón suplementario, y lo que es peor, tal vez hubiera formado

empeño de arrastrarlo con el dedo ó con la cuchara, haciendo yo mismo la perforación. La enferma tenía accesos febriles toxinfecciosos, loquios horriblemente fétidos y de gran depresión; pero confieso que estos signos acaso nos hubieran engañado, y yo no veo fácil distinguirlos de los correspondientes á una retención de los anejos fetales.

Creo, por lo tanto, que, aunque Gottschalk curó un caso de este género con irrigaciones intrauterinas de alcohol al 60 por 100, en la ignorancia que estamos de si el trozo eliminado ha de dejar cerrada la matriz, ó pasar, transponiendo sus linderos, al peritoneo, aparte los casos debidos á la tuberculosis, el tifus ó otro análogo, es más prudente decidirse por la histerectomía inmediata que por los medios clásicos de saneamiento intrauterino. El pronóstico será tanto menos sombrío, cuanto menos tiempo haya pasado desde que se anunció la gangrena, y el éxito terapéutico de la intervención se subordinará, como siempre, principalmente, al estado general de la puérpera, no sólo por la toxinfección, sino por el alcance de sus defensas naturales. Pero teniendo en cuenta que mueren muchas de estas enfermas por perforación, que el organismo que se encuentra en las capas subyacentes de la lesión es el estreptococo, que aun cuando haya barrera de defensa naturalmente formada antes de la eliminación, puede ésta no ser bastante y ha de quedar en contacto con el peritoneo una cantidad más ó menos abundante y letal del líquido sanioso contenido en la cavidad uterina, debemos conservar en la memoria los consejos de Beckmann y el ejemplo de Gottschalck, para ciertos casos en los que el estado general de la enferma, ó circunstancias distintas y excepcionales, no nos permitan imitar á Regnoli, quien en presencia de una gangrena del cuello con retención de feto muerto, hizo la operación cesárea vaginal con parto forzado, y mejor aun, recurrir á la histerectomía inmediata y total; que, como ya dije, me parece la indicación más terminante.

Retención de membranas.

La retención de las membranas fetales, complicada con obstáculos mecánicos que se opongan á la eliminación ó á la extracción de las mismas, entra á constituir grupo con el difícil desagüe atribuido á la existencia de tumores ó á simples dislocaciones, pero si se tratara de la coexistencia de un tumor maligno, no habría que dudar naturalmente en hacer la ablación del órgano en totalidad. En el caso de retención simple, creo que nuestros medios habituales de extracción y



tratamiento ulterior serán siempre suficientes, y á mí nunca me ha ocurrido tener que pensar en otros recursos.

Si en vez de membranas solamente, es la placenta la que total ó parcialmente queda encerrada en el útero, puede ocurrir la retención por contractura del anillo de Bandl ó contracción del orificio externo, aun cuando esté ya desprendida, ó bien porque las adherencias sean tan íntimas que, á pesar de ser perfectamente practicable el canal uterino, no sea pesible desprenderla de sus relaciones con el músculo. Pajot, Bonnaire, Budin y otros, han citado casos de este género, en los cuales ni con el escalpelo era fácil la separación en la mesa de autopsias; y hay que temer en estos la infección, por los trombos placentarios que desde el parto se forman, y que muchas veces se vieron sembrados de microbios vivos y virulentos, según Delore.

Sólo una vez me he visto en la imposibilidad absoluta de extraer la placenta, por no poder penetrar en el útero, á consecuencia de la retracción del anillo de Bandl. Era una mujer muy corpulenta, multípara, excesivamente obesa, quien me llamó dos días después del parto, y que no había tenido asistencia apropiada; la fiebre era muy intensa y los signos de intoxicación muy graves. Cloroformizada la enferma, hice durante más de una hora múltiples tentativas de extracción sin conseguir introducir más de un dedo en el útero y sin poder tampoco dilatar el orificio interno con las bujías de Hegar; igual fracaso sufrí con diversas pinzas que introduje, y cansado de mi faena rellené cuanto pude la cavidad de la matriz con gasa yodofórmica, aconsejé un baño general templado de una hora, que había de repetirse cada cinco, é irrigaciones rectales á 50° C. en los intervalos, y volví en la mañana siguiente con la esperanza de encontrar la placenta detrás del tapón, en la vagina, ó cuando menos anchamente practicable el camino para hacer la extracción con facilidad. No sucedió así, y hallé las cosas en el mismo estado que las dejé en la noche anterior, tanto local como generalmente considerada la situación.

Pensé entonces en la conveniencia de la histerectomía como único recurso, pero se me negó autorización para practicarla en vista de las reservas pronósticas que naturalmente tuve que hacer, sobre todo atendiendo al estado general de la puérpera con temperatura de 41°, pulso á 150, pequeño y depresible, 45 inspiraciones y orina muy escasa. Esta enferma sucumbió en la tarde de este mismo día, dejándome un recuerdo imborrable y único en mi práctica, porque en todos los otros casos en que se me presentaron dificultades análogas por retracción del anillo, los baños, las irrigaciones y el relleno de gasa,

permitieron la relajación, encontrando á las doce ó las veinte horas la expulsión verificada ya ó la facilidad de conseguirla manualmente.

Con respecto á la retención por adherencias anormales, me he visto tres veces en una situación bien crítica, y en las dos últimas estuve ya decidido á practicar la extirpación de la matriz, si una nueva tentativa no coronaba mis esfuerzos ó una mejoría notable no me animaba á perseverar con los medios habituales de tratamiento. La otra ocasión primera no me intrigó en este concepto porque pasó hace más de veinte años y no se conocía este recurso contra tal caso particular. Las tres observaciones son casi iguales y pueden condensarse en una sola descripción para mi objeto.

Después de un parto, distócico la primera vez, natural las otras dos, surgen de improviso metrorragias que inducen al médico asistente á acelerar el alumbramiento con la introducción de su mano en el útero; conseguido el objeto cesa la hemorragia, pero cree observar, examinando la placenta, que no está completo el anejo y se mantiene en observación sin ir á buscar el resto Dos ó tres días después la enferma no está bien, se enciende la fiebre y soy llamado para ver una puérpera infectada con loquios fétidos, sensibilidad en los lados del útero y fenómenos toxinfecciosos más ó menos graves; el orificio está muy permeable y es fácil cerciorarse de la existencia de cotiledones placentarios retenidos. Hago la extracción con el dedo y la cuchara, y cuando solo toco una pared rugosa que apenas rebasa el nivel de sus alrededores, lavo, cauterizo y relleno con gasa esperando haber conjurado el peligro de nuevas absorciones; pero no sucede así, en los días siguientes continúan empeorando las enfermas; examino de nuevo la cavidad y vuelvo á encontrar en la zona de inserción placentaria otra vez un exceso de tejido que extirpo con algún cuidado y con grandes dificultades; y ya no me quedo tranquilo, porque la observación anterior me había hecho creer que todo estaba extirpado. Flemón de Fochier, suero de Marmoreck, baños templados mientras el termómetro se mantenga por encima de 38°,5, suero artificial de Hayem (1), toques intrauterinos con agua oxigenada, irrigaciones con sublimado ó permanganato, quinina y tónicos; pero siguen las accesiones y vuelvo á encontrar, dos días más tarde, trozos exuberantes en el sitio de inserción placentaria, y planteo la cuestión de la histerectomía si no mejora pronto y considerablemente la enferma.

Por haberse solucionado favorablemente después de la nueva ablación en un caso, y por haberme aconsejado el Dr. Abascal que

(1) Excusado parece decir que este tratamiento sólo se refiere á los dos últimos casos.

repitiera por cuarta vez la extirpación, en el segundo no llegué á hacer la histerectomía, y las dos enfermas se curaron. En ambos casos parecía que se reproducía el tejido, como si se tratara de un deciduoma maligno, ó que la placenta se hubiera insertado sobre una zona uterina fibromatosa y que, á medida que se verificaba la involución de la matriz, hiciera eminencia la neoplasia en la cavidad, dándome á mí la ilusión de habérmelas con el tejido placentario y no el miomatoso.

Ya en 1890, con motivo de una consulta del Dr. Kloppatowski, y conociendo el caso de Schultze, quien marcó admirablemente las indicaciones á seguida de haber hecho la primera histerectomía de este género, se preconizaba en la Sociedad de Obstetricia de París esta operación para los casos de retención invencible, y yo creo que pocas veces como en esta ocasión podrá decirse que se cumplen las indicaciones que señaló el célebre profesor de Jena «que el útero ha de ser el único foco de infección y que no pueda agotarse por la vagina; que el peligro de muerte no venga de ninguna otra víscera, y que fundadamente pueda desecharse la existencia de otros focos embólicos ó trombósicos en dirección centrípeta».

Por mi parte, confieso que estos casos me preocuparon notablemente; pero hay que reconocer que si se hubiera practicado la histerectomía con buen éxito, yo mismo me hubiera podido atribuir el triunfo, y en caso de fracasar el tratamiento empleado sin llegar á la operación mutiladora, no hubiera creído en la posibilidad de un éxito favorable con los remedios clásicos, según después pude ver.

Debe notarse que en las tres observaciones tuve grandes temores de perforar el útero, que de tal modo eran firmes las adherencias y tan adelgazada iba ya quedando la pared uterina. Es, por consiguiente, la adherencia invencible una indicación de la histerectomía; pero no debe llegarse á este extremo sin antes agotar con paciencia y con energía las tentativas prudentes de extirpación con el dedo y la cuchara. De estas tres enfermas, dos han continuado pariendo sin nuevos contratiempos.

Mola vesicular.

También la mola vesicular puede poner al médico en el caso de practicar la histerectomía cuando se ha presentado ya la infección y se hiciera imposible la ablación de la masa degenerada por las vías naturales.

Todos conocemos la estructura y el origen anatómico de esta alteración placentaria, y las dificultades que á veces se presentan para

verificar su extracción ó, mejor dicho, su separación del tejido uterino. Así se concibe fácilmente que pueda presentarse en la práctica algún caso de estos rodeado de circunstancias excepcionales que obliguen á pensar también en un tratamiento excepcional, y no es dudoso que sería preferible extirpar el útero con su mola adherida ó incrustada, á romper las paredes de la cavidad de la matriz en un punto de excesivo adelgazamiento, haciendo penetrar en el peritoneo el líquido loquial sembrado de estreptococos ú otros bacilos patógenos.

Estos casos, concebibles, nos colocarían en el mismo aprieto que si hubiera ocurrido una rotura espontánea del útero en un parto con feto muerto y putrefacto; pero digamos pronto que deben ser muy raros en la práctica, y, por consiguiente, también la indicación de la histerectomía.

Yo nunca he visto la imposibilidad de extraer la mola vesicular y he encontrado sólo dos casos de muy ligera infección que cedió á sencillos lavados con permanganato, entre 11 de mola que he podido ver y seguir hasta la curación de las enfermas; y si algún día encontrara en mi camino las dificultades operatorias supuestas, antes de emprender la operación mutiladora, agotaría perseverantemente todos los remedios locales acostumbrados.

Retención en el aborto.

A medida que el estado de gestación avanza, va pareciéndose en su fisiologismo y en su patología á lo que ha de ser en los últimos meses; pero en los tres primeros no deja de presentar una fisonomía especial en sus alteraciones, y aunque una vez llegada la infección á rebasar los límites del útero é invadir todo el organismo, no habría necesidad de estudiar separadamente esta época primera de las que siguen, no hay sino ventaja en segregar el aborto del parto desde nuestro punto de vista clínico.

En esta época del embarazo sería más fácil la infección, pero menos frecuente la difusión, según Labadie y Legueu, y para Freund estaría formalmente indicada la histerectomía en los abortos sucios, groseramente provados, ó criminales traduzco yo, porque él no ha visto salvarse ninguna mujer infectada en esas condiciones.

Ni una ni otra afirmación resultan en absoluta armonía con lo que dice la estadística, porque son muchos los casos en que la infección se difunde y porque hay abortos criminales, y Treub en su propia clínica los señala, que no han producido una infección mortal á pesar de ser muy grave; pero es evidente que en los primeros meses del embarazo, sobre todo en el tercero, ya sea por las condiciones anatómicas

que dependen del grado de desarrollo del nuevo sér, ya por la frecuencia con que la mano criminal procura destruirlo, ocurre bastantes veces la infección, y casi siempre es originada por la retención parcial del óvulo ó de la placenta.

En este concepto abunda de tal modo en el ejercicio de nuestra profesión, que todos podemos considerarnos con abundante clínica sobre el asunto; pero ciñéndonos al punto de vista de la infección y de la histerectomía como su remedio, he de decir que no serán, en mi concepto, muy frecuentes las ocasiones de necesitarla en los casos bien tratados desde los comienzos de la hemorragia; todo lo contrario sucederá en aquellos cuyo motivo desconocemos y cuya marcha no hemos seguido; éstos mal tratados, ó acaso provocados por mano torpe y criminal, corren gran riesgo de llegar á nuestras manos en grave estado de infección, y son los que nutren las estadísticas de ablación del útero por aborto incompleto, y han dado en algún cuadro un 56 por 100 de mortalidad.

Desde el punto de vista de la modalidad clínica, debe hacerse dos grupos de infecciones: en el primero pueden comprenderse todos los abortos incompletos descuidados, y en el segundo los provocados criminalmente; en aquéllos la infección es muchas veces saprofítica y francamente uterina en los comienzos, mientras que en los últimos suele ser muchas veces estreptocócica y peritoneal desde el principio; en sendas categorías clínicas puede haber ya una generalización infecciosa. Quiere esto decir que en los abortos mal tratados debe insistirse mucho en el uso de los remedios locales, que son tan eficaces en la infección francamente uterina; mientras que en los criminales se verá con frecuencia una perforación uterina, hecha sin la menor asepsia del instrumental vulnerante ni del tejido que atravesó, y, por consiguiente, sin llegar á conclusión tan absoluta como Freund, habrá que examinar detenidamente el caso y decidirse más pronto á practicar la histerectomía para quitar el foco infectante y sanear en lo posible el peritoneo con un buen desagüe: testigo de lo que decimos puede ser el caso núm. 2 de nuestra estadística, tratado por el malogrado Varnier, y no parece dudoso que estos casos pasen bastantes veces desconocidos por falta de biopsia, sobre todo, de necropsia. Los casos poco tratados del primer grupo son análogos á los de retención de la placenta, y excusamos insistir después de lo que hemos dicho ya.

Las observaciones de histerectomía por aborto que he podido coleccionar no confirman la mayor gravedad que se atribuye á esta operación sobre la practicada en análogas condiciones después del

parto; pero acaso dependa de que hayan sido pocos los casos de aborto criminal comprendidos en nuestro cuadro, y probablemente se refiere Bumm á esta categoría cuando dice que en las endometritis y en las miositis uterinas puerperales putrefactas serán raras las indicaciones de la histerectomía, porque estas lesiones tienden espontáneamente á limitarse y curarse.

Retención del feto putrefacto.

Un feto muerto y putrefacto dentro del útero, casi siempre produce sus letales efectos después de expulsado y, por lo tanto, estos casos entrarían à constituir grupo clínico con los de útero infectado después de haberse verificado el alumbramiento, y que examinaremos en último término; pero, excepcionalmente, puede suceder que, después de presentarse la infección, no se dilate el cuello y no se haga, por consiguiente, el parto. Cinco veces me he visto ante este percance, y me resultó tan difícil vencer la atonía uterina en cuatro que, á pesar de la profunda infección que envenenaba á la enferma, recurrí en los primeros años á las pequeñas incisiones del cuello, y en los últimos á las de Dürhssen, forzando el parto y aplicando el forceps. En otro caso, que hace tres años publiqué, con motivo de existir un prolapso uterino sin reducir durante algún tiempo, sobrevino la gangrena del cuello y después una sapremia que terminó rápidamente con la vida de la embarazada; el feto estaba muerto y la madre tenía un organismo considerablemente depauperado, y no dudé resolverme á hacer la histerectomía. En más de uno de estos casos pudo hablarse de esta intervención, y yo la hubiera llevado á cabo en el último, si las condiciones de defensa hubieran sido mejores. Demelin encuentra en estos casos un 35 por 100 de mortalidad, y Regnoli, ya citado, practicó la operación en un caso parecido; bien es cierto que me es desconocido el éxito. No existiendo la gangrena del cuello ni del cuerpo, yo creo preferible el parto forzado á la Dührssen, ó con otros medios, siempre que pueda conseguirse la evacuación pronto y sin repetidos traumatismos.

De todas maneras, en casos de putrefacción fetal, aun con los medios más expeditivos conocidos, corremos siempre el riesgo, más que en otros de sepsis puerperal, de llegar tarde, merced á la pronta difusión del veneno y á sus efectos paralizantes comunmente muy intensos y generalizados que invaden rapidamente el bulbo.

Inversión complicada con esfacelo.

Cuenta Siebold que Wrisberg, catedrático de Anatomía y partos de Gotinga, que murió en 1808, relata un caso de amputación del útero invertido y prolapsado, hecho por una partera con feliz éxito.

Vastena, en un caso análogo con gangrena, practicó la histerectomía y curó á su enferma.

Habida en cuenta la facilidad técnica relativa con que puede hoy procederse á la histerectomía, por más que la propia experiencia de cada partero sea escasa en atención á la rareza de la inversión puerperal con esfacelo, no me parecc muy escabrosa la idea de aplicar á esta lesión el mismo remedio operatorio que se proconiza contra la gangrena del útero no dislocado; las condiciones de absorción del veneno son las mismas, los temores de rápida difusión toxínica idénticos y las dificultades operatorias parécen menores, teniendo el órgano enfermo ya entre las manos. Unicamente ocurre atenuar la gravedad del foco, pensando que si no es extenso ni profundo pudiera utilizarse estas circunstancias para destruirlo con la legra y los cáusticos; pero en cambio, debe tomarse en cuenta que la mujer afectada de inversión ha sufrido considerables pérdidas de sangre, y un choque nervioso de importancia, que afectarán en menoscabo de la integridad de sus defensas orgánicas naturales.

Rotura del útero.

El profesor Fehlling ha tenido la amabilidad de comunicarnos una estadística de 12 histerectomías por rotura uterina durante el parto, con un 75 por 100 de mortalidad, y en el reciente Congreso de Roma, presentó otra de 100 casos de diversos operadores, con un 50 por 100 de defunciones. En esta clase de lesiones hay que contar con todas las contingencias de un parto dificultoso, con el cansancio de la mujer y con los repetidos exámenes, porque son más frecuentes en las pelvis estrechas; por la misma razón se ve á menudo las infecciones por el líquido amniótico ya en el mismo momento de la rotura, en atención á que muchas veces ha sucumbido ya el feto y, sobre todo, á la rotura temprana é intempestiva de las membranas que puso el huevo en contacto con el aire exterior; esto explica en parte la excesiva mortalidad, y esto debe pesar también en nuestro modo de tratar los casos de rotura.

Conviene distinguir las penetrantes de las puramente uterinas, no importando menos separar las infectadas de las estériles, aunque casi siempre éstas llegan pronto á convertirse en sépticas. Pero resulta

muy difícil hacer un diagnóstico preciso entre las dos primeras categorías cuando el feto no ha pasado parcialmente al vientre, porque, sobre ser equívocos los signos subjetivos de ambas variedades, se presenta muy arriesgado, al practicar el tacto, convertir en séptica la herida que aún no lo es, ó confundir la que sólo es subperitoneal con la que ya llegó al vientre; aun el caso de hernia intestinal ha podido confundirse con un prolapso del cordón umbilical, siempre que este anejo no haya salido del útero todavía.

De todas suertes, como nosotros sólo nos ocupamos de los casos sépticos agudos, y los de rotura lo son con gran frecuencia, creemos que en este punto no habrá lugar á muchas dudas, y que la histerectomía debe estimarse siempre indicada. El pronóstico variará según las condiciones particulares de cada caso, y, sobre todo, con arreglo al estado de integridad de las defensas orgánicas, pudiendo decirse que en las roturas altas ó medianas cabrá la elección entre la ablación total ó la subtotal, mientras que en las bajas habrá que practicar la total. Entre las siete roturas que recuerdo haber visto complicadas con fenómenos toxinfecciosos agudos, ninguna se curó espontáneamente ó con los medios usuales de desagüe y saneamiento.

Abscesos del útero.

Chéron cita un caso de infección puerperal aguda, con cuello edematoso y lesiones viscerales, que terminó por la muerte á pesar de un tratamiento local enérgico. En la necropsia se vió que había una infiltración purulenta del cuello uterino, y es bien posible que esta enferma se hubiese puesto en salvo con la histerectomía.

Dos veces he creído ver un absceso del útero en el puerperio séptico; pero no abrigo absoluta seguridad en uno de ellos, y sólo tengo fuertes presunciones que se aproximan á la evidencia en el otro; las dos enfermas se curaron después de evacuar el pus, en los siete días siguientes al parto, habiendo fenómenos sépticos muy graves, que cesaron con la evacuación.

En el primer caso, después de un legrado hecho con un éxito parcial, solamente, en cuanto á la intensidad de los síntomas de la infección, me dijeron que la enferma había echado por la vagina materias que yo ví en la compresa, y que, efectivamente, eran pus mezclado con sangre y de un olor horriblemente fétido; desde aquel momento cedieron rápidamente todos los trastornos.

En el segundo caso, me encontraba yo rellenando la cavidad uterina con gasa yodofórmica, después de haber hecho un raspada seguido

de cauterización, cuando observé que la gasa había penetrada en el músculo uterino, á juzgar por la falta de resistencia que noté; y en seguida, cuando temía haber perforado el útero, ví con satisfacción que salía del mismo una cantidad de pus sanguinolento, que evalué en dos cucharadas grandes, también de un olor pestífero. Con el dedo me cercioré de que la cavidad en que la gasa entraba tenía aún paredes musculares; volví á lavar y á rellenar metódicamente aquel antro, y la enferma sólo tuvo en aquella tarde 38° con 90 pulsaciones, cuando había tenido constantemente 40° y 130 en los días anteriores; no se presentó nueva accesión febril en los siguientes.

Me imagino imposible el diagnóstico razonado de estos casos, y supongo que deberán ser siempre una sorpresa para el médico; aun en el supuesto de poderlo hacer, por casualidad, no juzgo indicada la histerectomía como no se trate de abscesos múltiples inaccesibles desde dentro ó desde fuera de la cavidad uterina, porque, rigorosamente pensado, si fuera posible saber que existía un absceso único subperitoneal, todavía pudiera hacerse la evacuación por la laparotomía, que, empezando por ser exploradora para cerciorarse de la lesión y de sus necesidades y conveniencias terapéuticas, pudiera terminar por ser curativa haciendo la evacuación simple con todas las precauciones de rigor y el desagüe abdomino-vaginal ó la ablación total del órgano. Los abscesos únicos, diagnosticados por el tacto intrauterino, pueden ser evacuados por las vías naturales, como espontáneamente se ha verificado en los dos casos citados. Los múltiples del cuerpo, diagnosticados, autorizan la histerectomía si por otros conceptos es permitida; en estos casos podría prestar buenos servicios la colpocœliotomía seguida de amplio desagüe. Los múltiples del cuello, diagnosticados, podrán ser objeto de una terapéutica conservadora ó de la extirpación total, según las circunstancias del caso particular, pero casi siempre necesitarían la histerectomía. Ahora bien, ¡qué pocos abscesos podrán ser diagnosticados!

Anexitis y supuraciones pelvianas.

Los absesos circunscritos son en verdad lesiones defensivas y regresivas, según creo; y cuando la infección puerperal se acantona en la pelvis y hace supurar los anejos uterinos ó el tejido celular, está, en opinión de todos, más cerca de la curación que si sólo observamos accesiones altas de temperatura sin apercibirnos de localización alguna pelviana. Treub recibe en la Clínica una multípara: á los ocho días después del parto, con calofríos repetidos, temperatura hasta 40°,4 y

pulso hasta 158, estreptococos y estafilococos en la sangre. Durante su estancia en el hospital, se desarrolla rápidamente un absceso periuterino, que se incinde al noveno día de su entrada. Curación rápida y completa. Sería muy fácil multiplicar este ejemplo considerablemente; y una cosa análoga acontece con las apendicitis que se aflemonan.

Las anexitis dobles anteriores al parto pueden recibir un impulso infectante con motivo del puerperio y exigir su extirpación, que en tal caso será más grave que fuera de este estado; la ovariotomía daría entonces, según Heinricius y Mangold, un 25 por 100 de mortalidad; y, como en esta ocurrencia, el útero solo para nada ó poco más serviría á la mujer, y en cambio, su ablación facilita por modo considerable la evacuación de la pelvis, esta coincidencia patológica accidental llevará á practicar, al mismo tiempo que la extirpación de trompas y ovarios, la excisión de la matriz, con más motivo aún que cuando llegan el período subagudo ó el crónico de la infección. En algunos de estos casos, he visto yo ceder los signos agudísimos de la infección con la colpocœliotomía, que unas veces cura, y otras permite llegar á un momento más propicio para la extirpación del útero y de los anejos, lo mismo que sucede, con mayor frecuencia, fuera del puerperio; esto en cuanto á las anexitis dobles con fenómenos subreagudos de infectotoxemia.

Cuando los síntomas son menos alarmantes, ó cuando se trata de la infección de un solo anejo, y en los casos de flemón de un ligamento ancho ó de la supuración del tejido celular, en cuanto puedan tener de aislados y de limitables estos estados infecciosos, creo que generalmente no está comprometida la existencia de la puérpera de un modo inmediato, y yo siempre me he encontrado bien esperando á que pase la mayor agudización para operar en frío la abertura del absceso por el vientre ó por la vagina, con ó sin extirpación del anejo enfermo según los casos; y si en algún momento de apuro los síntomas parecían no permitir la espera, he recurrido á la colpocœliotomía, practicando un amplio desagüe y conservando el útero.

Por manera que sólo encuentro indicada la histerectomía en este grupo de lesiones muy excepcionalmente en los casos de doble anexitis con fenómenos de infección agudísimos. En la mayoría de los casos opto por operar en frío, ó recurro á la colpocœliotomía con ámplio desagüe y procurando conservar la matriz. Parecidamente piensan Pinard y Wallich, y de modo análogo profesa Mangiagalli.

Peritonitis generalizada.

En el puerperio, como en los casos ginecológicos operatorios, la peritonitis suele presentarse irradiada desde el útero ó desde sus anejos, con la diferencia que en estos casos se limita frecuentemente á la pelvis, y después del parto ó del aborto se difunde extensamente y rápidamente hasta el diafragma; la misma que hay entre las celulitis circunscritas periuterinas de la ginecología y las difusas del puerperio, que invaden en pocas horas todo el tejido celular hasta las fosas renales, cuestion de virulencia y de metabolismo. Champetier de Ribes relata un caso de infección grave después del parto: legrado y extracción de restos de caduca y de placenta fétidos; mejora algo, pero vuelven los signos de intoxicación, y al cabo de algunos días llega la muerte de la enferma. En la necropsia se ve el útero y los anejos sanos, pero había una peritonitis purulenta generalizada y una cantidad grande de estreptococos en las vísceras y en la sangre.

Ya Olshausen, en 1897, aconsejaba practicar la histerectomía vaginal cuando, á pesar de haber hecho la laparotomía contra la peritonitis puerperal difusa, se formaba una parametrites infecciosa ó se encontraba un útero infectado. Una enfermedad que, como la peritonitis puerperal generalizada, produce, aun tratada con la laporotomía y el lavado de la serosa, un 60 por 100 de mortalidad, bien merece que se le busque otro remedio más eficaz; y yo creo que la colpocœliotomía con ámplio desagüe vaginal, y mejor aún abdominovaginal, como lo hacen Poirier y Chaput, valdría en muchos casos más que la histerectomía, pórque no siempre se encuentra ya lesiones en el útero ni sus anejos. Bouilly, desde 1886, Tait y otros salvaron algunas enfermas gravísimas con el lavado peritoneal; y Berruti fué más afortunado todavía, puesto que entre trece casos salvó doce. Yo he podido curar tres enfermas con todos los signos peritoníticos y una toxinfección generalizada, con síntomas de pleuritis y esputos sanguinolentos, haciendo la abertura del vientre por el fondo vaginal, lavando abundantemente con agua salada y dejando un desagüe permanente. A pesar de esto, entiendo que el tratamiento sería más racional abriendo el vientre por la línea blanca, para ver si el útero ó sus anejos presentaban alguna lesión que obligue á extirparlos, practicando después el lavado y estableciendo un desagüe abdominovaginal; no hay para que decir que antes ó después de operar es preciso sanear el endometrio. Creo, con Poirier, que el peritoneo se defiende muy bien cuando está abierto.

Infección generalizada.

Llegamos al corazón del asunto, digámoslo así, á la intervención operatoria en los casos de sepsis aguda, puerperal, sin una lesión de bulto dentro del útero ni en los anejos, aunque puede la matriz ser un nido de microbios ó toxinas en sus elementos anatómicos, músculo, vasos, etc., ó después de haber fracasado los medios clásicos empleados con la oportunidad y la perseverancia debidas.

Este es el punto de vista que yo tomé principalmente al proponer que se incluyera entre los oficiales el tema que me ocupa; y, con intento determinado, lo propuse redactado en términos muy ceñidos y concretos, puesto que lo difícil, lo importante, y así lo han expresado con pertinente unanimidad casi todos los que de la cuestion se ocuparon, es fijar la indicación de la histerectomía y señalar el momento oportuno para ejecutarla.

La infección puerperal, según Chauffard, citado por Pinard y Wallich, es, entre todas las enfermedades, la que mejor realiza la síntesis de las diversas lesiones de estreptococo. En la recién parida se producen supuraciones localizadas ó generalizadas, agudas ó crónicas, falsas membranas fibrinosas, flebitis y arteritis, septicemias benignas ó graves, erisipelas, etc. La mucosa uterina, según Bumm, haría de filtro contra los diversos microbios no estreptocócicos, pero sólo para impedir su entrada en los linfáticos, no en las venas, puesto que los senos uterinos se abren á flor del endometrio. Y como casi siempre en la infección puerperal se trata de una estreptococia, con ó sin asociaciones, resulta una gravedad aumentada en intensidad y en rapidez, dando lugar frecuentemente á esas bruscas irrupciones microbianas que penetran tumultuosamente por los senos uterinos abiertos, pasando directamente á la circulación.

Las lesiones producidas en el organismo son múltiples y parece que hacen inútil la intervención con la histerectomía; y cuando son pocas y éstas se quedan reducidas al útero, la operación resulta con apariencias de excesiva. Como es difícil diagnosticar la localización y siempre posible un cambio favorable con formación de pus en un órgano resistente, ó aun sin ella, se hace muy dudoso el fijar un aumento para operar.

Que la operación puede hacerse, tanto por la vagina como por el vientre, está demostrado ampliamente por varios operadores, si bien hoy casi todos, menos Faure, prefieren la vía abdominal. Que la puérpera puede tolerar ese traumatismo á pesar de su estado distrófico frecuente, y siempre discrásico, lo sabíamos ya por la operación cesárea

y la de Porro, que permitieron á muchas larga supervivencia sin desventaja sobre lo observado con motivo de otros intervenciones importantes· Que viniendo casi siempre la infección del útero, ó por el útero, y pudiendo casi constantemente también considerarse este órgano como depósito ú origen del veneno que alcanza á todos los órganos y sistemas anatómicos de la economía después, era factible y natural intentar la extirpación del foco primitivo para ver agotados ó sanear mejor los secundarios, entra en los límites de una proposición lógica, que podrá no resultar exacta en la práctica, pero que era plausible imaginar. Bergmann, en presencía de seis casos de flemón difuso de la pierna, con abscesos en varias partes lejanas, estreptococos y estafilococos en la sangre, después de fracasar con las amplias incisiones, amputa el miembro y cura al enfermo. Todo esto está bien entendido, es racional, ha producido estadísticas de consideración y debe ocupar fuertemente el ánimo de todos los parteros y ginecólogos. Pero frecuentemente surgen escollos no descartados en el proyecto terapéutico, y á veces resultan de tanta monta que casi lo anulan. Procuremos que la discusión produzca luz y aportemos cada cual la mayor suma que nos sea posible de imparcial desapasionamiento.

Ved aquí algunos lunares que asombran el cuadro en contra de la histerectomía. Jeannin relata la historia siguiente: una embarazada, con ictericia, ve agravarse su estado al final de la gestación; el niño sucumbe durante el parto y la madre se muere después. La necropsia permite ver alteraciones infecciosas agudas en una antigua cirrosis hepática y una glumérulonefritis hemorrágica. La sangre no producía nada en los cultivos. En el líquido uterino sólo había estafilococos y algunos colibacilos. En este caso, alteradas como estaban las principales defensas orgánicas, nada hubiéramos conseguido histerectomizando.

Otra contraindicación bien terminante de la histerectomía es la infección por la vía sanguínea central y la que viene por distintas infecciones extrañas ó anteriores al parto; ejemplos de ello tenemos en la neumonía que, como la tifoidea, se presenta antes, durante el parto ó después de éste. Leopold habla de la tuberculosis y hasta de la blenorragia que contraindicaría la cesárea y la sinfisiotomía. Burckardt cita dos casos de infección puerperal por vía sanguínea, de la que ya habló Rosthorn; en una neumónica se provoca el parto y se muere á la hora y media; en los linfáticos y en las venas del útero había estreptococos y bastoncillos iguales á los que existían en el pulmón y en la pleura. Otra, también neumónica, pare y se agrava á los dos días; se abre un absceso en el hombro y se encuentra en él neumococos, que

también existían en los linfáticos y en las venas del útero. Otra parida se pone enferma y se muere; tenía una infección uterina, una meningitis supurada, nefritis y comienzos de peritonitis pelviana, y el microbio era el neumococo, que abundaba especialmente en los linfáticos del útero. No puede, por consiguiente, negarse la posibilidad de una infección sanguínea, que venga por la vía pulmonar, la intestinal ú otra, con foco uterino ó sin él, y es algo escabroso pensar que la histerectomía en tales casos pudiera reportar utilidad.

Por otra parte, hay casos en los que la infección se encuentra en las vísceras ó lejos del útero, sin que este órgano presente lesión alguna importante. Tissier nos habla de una infección puerperal que terminó por la muerte, y en la necropsia no se halló lesión genital alguna, existiendo un absceso estreptocócico del bazo. Este mismo clínico presenta cuatro úteros de mujeres infectadas en el puerperio reciente, en los cuales no hay abscesos ni infiltración purulenta, y los anejos y las venas periuterinas están normales. Como él dice bien, estos casos quitan importancia terapéutica á la histerectomia.

Para fundamentar la indicación hemos de tener en cuenta el motivo que nos lleva á proponer el indicado y la naturaleza del terreno en que vamos á emplearlo. El motivo es la invasión del útero por los distintos bacilos infectantes ó por sus toxinas, el indicado una operación de alta importancia técnica y social, el terreno en que ha de ejecutarse un organismo discrásico y más de una vez distrófico, según entre otras cosas, lo demuestra la facilidad de las fracturas y su difícil consolidación hasta que termina el puerperio. Bien dice Charrin, que en las puérperas hay siempre desmineralización y muy frecuentemente glicemia; es tanto como decir vulnerabilidad excepcional.

Ya hemos dicho que el útero puede ser el origen del veneno ó el foco de irradiación del mismo, sirviendo de tránsito á los diversos microorganismos que desde allí pueden dirigirse en cuerpo ó en excreción, es decir, en toxina, hacia los órganos y tejidos más próximos, y á los más remotos después, pasando por los linfáticos ó por los vasos sanguíneos, ya venosos, ya arteriales, á todas partes y en cualquiera dirección, dejando las lesiones producto de su paso en los más distintos tejidos y órganos, y siendo su terminación más común el pus. De suerte que estas emigraciones y estas resultantes lo mismo pueden ser engendradas por un microbio primitivamente alojado en el útero, que por otro venido de la vagina, el periné, las trompas ó el intestino, por no contar sino los más habituales, y así podría resultar que lo que en principio parece fuertemente lógico, dejara contingentemente de serlo por no constituir ya, ó no haberlo constituído nunca,

el útero, el asiento original de la micrococia, sino simple pasadizo y asilo temporal únicamente del bacilo que, desde el periné, vino recorriendo la vagina, la matriz y las venas del ligamento ancho, para internarse en las hipogástricas, las ilíacas y la cava, y saltar al hígado al pulmón, al corazón ó al cerebro, según vemos todos los días, sin que la necropsia nos haga encontrar algo notable en el útero cierto número de veces, háyase ó no raspado.

Y estas alteraciones y esta evolución son tan propias y naturales en el estreptococo como en el estafilococo, en el colibacilo y en el gonococo, sin que la clínica nos permita establecer diferencias marcadas capaces de enseñarnos cuándo se trata de una estreptococia, cuándo de otra bacilococia. Porque decirnos que el estreptococo es más invasor que el estafilococo y que el gonococo, sobre todo, y que el primero eleva más la temperatura que el colibacilo que produce infecciones más lentas, no constituye un signo bastante importante y de una suficiente constancia para orientarnos en una dirección terapéutica determinada; por otra parte, esta afirmación no está generalmente aceptada, puesto que lo mismo se presenta la infección de la sangre en las formas graves que en las leves del puerperio; Krönig dice que el estreptococo sólo traspasa la zona primitivamente invadida, el endometrio, en un 7 por 100 de los casos, y sólo mata en un 4 por 100, pasando muchas estreptococias sin síntomas que las delaten; y cree que las estafilococias se curan casi todas espontáneamente. Brosse calcula que de 76 estreptococias sólo hay 9 generalizadas; y en concepto de Menge y Krönig, los mismos días duran las sepsis con tratamiento local que sin él. En cambio, para Reynier, la estreptococia sería siempre mortal.

Lo que en la práctica vemos confirmado, es que casi siempre hay una estreptococia y que las asociaciones son frecuentes en el puerperio séptico; por esta razón tal vez son poco útiles generalmente los sueros de Marmoreck y de Roger; y por ir casi siempre la infección acompañada de toxinemia, son quizá varias veces eficaces los flemones terapéuticos de Fochier, y aun el suero antidiftérico de Roux según algunos. Si las cosas pasaran más sencillamente, por etapas topográficas correspondientes á etapas clínicas paralelas, sin duda alguna el tratamiento por extirpación correspondiera perfectamente á ciertas infecciones localizadas en el músculo uterino y su revestimiento seroso, ó en los anejos y ya lejos del alcance de la legra ó los cáusticos; pero fuera de estos límites el veneno, ya por estar en el endometrio y ser susceptible de destrucción con los medios clásicos, ya por haber rebasado el peritoneo pelviano y no bastar al aniquilamien-

to del foco infectante la castración total, yo encuentro pocas ocasiones de indicación para la histerectomía, y de aquí arranca el crédito que aún deben gozar los otros medios inconstantemente suficientes, para defender á las enfermas de su infectotoxemia: los flemones, los sueros, aunque no sean antimicrobianos ni antitoxémicos, sino fisiológicos, los baños, la colpotomía, etc.

Del mismo modo que no admitimos la histerectomía contra una infección perineal, así tampoco habríamos de practicarla, si ya no es uterina, como remedio directo antifocal; la dificultad se suscita en cuanto se trata de saber cuándo está localizada en la matriz y sólo en ella. En estos casos, si los remedios conocidos usados con oportunidad y constancia no bastan para combatir el mal, la indicación es clara; pero hace falta que conozcamos un factor tan importanta como la integridad de las defensas orgánicas. Yo creo que, por ser la indicación clara, no es absoluta, porque alguna vez vemos que, enfermas á quienes creíamos indefectiblemente perdidas ya, se salvan después de haber agotado, al parecer inútilmente, nuestro arsenal terapéutico; pero si no siempre, algunas veces sí estará indicada de un modo formal la extirpación del útero, en ese 10 por 100 de mortalidad que se ha dicho que alcanza la infección en los hospitales de París, y que, naturalmente, no puede ser igual en todos.

Los que hemos asistido puérperas durante varios años, podemos recordar enfermas cuya curación nos dejó maravillados. Trotta relata dos casos notables. Según Currier, una mujer joven y robusta, enferma después del parto con vaginitis gangrenosa, endometritis séptica, sepsis generalizada, endocarditis, empiema, pulmonía y flebitis de ambas piernas, y se cura sin más medicamentos que los tónicos. Según Montini, una cliente suya se vió afectada de un flemón del ligamento ancho, pelviperitonitis, fenómenos vesicales é intestinales y metástasis en la pleura derecha y se curó espontáneamente. Una observación de Delore viene á iluminar la importancia del terreno para la infección; este Profesor no encontró nunca trombosis placentarias en las aldeanas y siempre las halló en las mujeres de la ciudad, examinando placentas normales. En la puérpera no debe hacerse indiferentemente cualquier operación grave; la cesárea y la sinfisiotomía deben preferirse ó no á la embriotomía, según varias circunstancias, entre las cuales importa mucho la sanidad de la parturienta, y más aún la infección, porque se sumarían ésta y la distrofia.

Puede hacerse muchas cosas cuando no hay infección, siempre que no se interesen las principales defensas orgánicas; pero si se llega al peritoneo ó se hace otro traumatismo de análoga importancia ofensi-

va, la sola anestesia puede matar á la enferma por falta de eliminación. La diferencia entre una histerectomía por rotura uterina y por puerperio séptico agudo, es análoga á la de una cesárea ó una sinfisiotomía con ó sin infección; entre estas operadas sucumbieron en Baudelocque 12 por 100, á pesar de las excelencias del Instituto y la competencia del personal, probablemente porque no todas se hacían en organismos sanos.

La histerectomía en el puerperio y la que se hace por fibroma, difieren á causa de la discrasia y la distrofia del primero, y ambas corren gran riesgo, de un resultado nefasto, si las defensas se encuentran alteradas. Esta gravedad la hubiera delatado ya la negativa de la mayoría de los operadores ante nna proposición de cesárea en una mujer infectada y, si bien en menor escala, la de una amputación de Porro; cierto que en ésta, por su fractura, hay menos gravedad; pero en cambio, suele practicarse en mujeres màs gravemente enfermas por los días transcurridos y por la intensidad de la infección.

No sólo son incompletas en la clínica las diferencias observadas con respecto á la naturaleza del microbio infectante, sino demasiado frecuentes las asociaciones; de tal suerte que, aun tomando con todas las precauciones necesarias el loquio uterino para su examen microscópico y por medio del cultivo, no basta el resultado con ambos medios de comprobación para que podamos dar como único el estreptococo, si lo hemos encontrado solo, puesto que más arriba del punto que se eligió para la toma pueden anidar el colibacilo ú otro microbio cualquiera; y ni la presencia del bacilo en la sangre tomada del pulpejo del dedo durante la enfermedad, es un dato suficiente para afirmar que ya vendría tarde la mutilación del útero con probable éxito favorable; y como hay lesiones de imposible diagnóstico en sus comienzos, tales como los abscesos hepáticos, esplénicos y otros, cuya presencia pudiera indicarnos, de un modo más aproximadamente cierto, que la infección no estaba ya limitada al útero, surgen cada vez mayores dificultades que ponen en evidente aprieto á quien quiera hacer un diagnóstico fino y circunscribir exactamente los límites invadidos por el microbio ó por sus toxinas y aquellos que todavía quedaron en salvo.

Las alteraciones anatómicas que con más frecuencia se observan en la necropsia, no están evidenciadas durante la vida de la puérpera por síntomas bastante claros para que sirvan en un juicio diagnóstico diferencial capaz de permitirnos fundamentar la indicación terapéutica operatoria. Que el útero y sus anejos estén totalmente, aunque solos, invadidos, ó que la trombosis microbiana haya pasado á las venas hipogástricas ó ilíacas, los signos clínicos son tan aproximada-

mente iguales, que no pueden distinguirse de una manera seria; la invasión de la vena cava podría ser más denunciable haciendo un análisis detenido, pero en este caso sólo serviria el juicio hecho para contraindicar la intervención. Clínicos como Hervieux, dicen que no niegan la posibilidad de que exista nna ovaritis aguda aislada; independiente de una flebitis circunvecina, una inflamación del ligamento ancho ó una peritonitis parcial, pero qne ellos jamás la vieron, y Lucas-Championnière, quien fué durante largos años predilecto observador en las necropsias de mujeres fallecidas en el puerperio, también hace notar la multiplicidad de lesiones generalmente encontradas, y la rápida irrupción del veneno séptico en estos casos. Lo mismo advierte Delore, quien también practicó muchas necropsias después del parto.

En varios casos de lesiones profundas del riñón, vistas en la necropsia, no se presentó durante la vida albuminaria ni otros signos capaces de hacerla sospechar. La albuminaria del puerperio séptico, si es pasajera, puede no señalar una gravedad inminente, y verse reemplazada por otra fluxión ó irritación en órgano lejano; cuando es duradera, indica la existencia de diferentes asaltos bacilares y una situación grave.

Tampoco es fácil medir muchas veces la importancia de un soplo endocardiaco, ni el valor del dolor infradiafragmático; y el subdelirio y la disnea y la raquialgia se encuentran en caso bien parecido. Podemos decir que hay una infección generalizada, que probablemente existen la endocarditis, la peritonitis ó la pleuresía diafragmática, la toxemia de los centros cerebro-espinales, etc.; pero esto no bastaría, en mi concepto, para desechar la indicación de la histerectomia, de modo absoluto, si pudiéramos demostrar, por otra parte, que las defensas orgánicas de la puérpera se encontraban en perfecto estado de integridad. Pasa con esta operación en el puerperio aséptico lo mismo que con la apendicectomía,algo parecido á lo que ocurre en las hernias extranguladas y las oclusiones intestinales, con las roturas uterinas durante el parto, y con las peritonitis post-operatorias; se salvan muchas después de la intervención en estos últimos casos, pocas sin ella; pero hay que hacerla muy á tiempo, cuande no haya todavía demasiado envenenamiento general; esta última circunstancia es una de las que asombran màs los cuadros en el caso de que tratamos, y en ello estriba una de las mayores dificultades; en la elección del momento oportuno. Nadie quiere hacer la cesârea en mujeres infectadas, ó aun con sospechas de estarlo; pero es tal vez porque en las estrecheces relativas puede echarse mano del parto prematuro, de la

sinfisiotomía, de la embriotomía, y estos recursos no pueden parangonarse con el flemón artificial, el suero antibacilar y otros. De cualquier modo, la comparación es inexacta, por el terreno en que se opera y por la mutilación que se inflige.

En el puerperio todo tiene que ser grave, ocurriendo, como dice Spiegelberg, sobre tejidos hiperdistendidos, forrados de tejido celular comprimidos y rodeados de grandes vasos de absorción, á la entrada de la mayor serosa de la economía. Y no es lo peor esa cantidad grande de vasos, sino que, además, todos se encuentran en estado de paresia, dando lugar á una circulación lenta y perezosa, vecinas del encharcamiento, y todos sabemos que una circulación activa es el mayor enemigo del microbio infectante. Por otro lado, el apéndice carece de la utilidad del útero, y la apendicitis sobreviene, generalmente, en medio de un fisiologismo aceptable; por esto, aun cuando hallo grandes puntos de contacto, con respecto á los elementos infectotoxémicos, no creo que puede imponerse la histerectomía con iguales motivos que la ablación del apéndice.

Yo creo que todas los lesiones de que hemos hablado son regresivas, por mecanismos cuya esencia desconocemos, y que el organismo sabe desenvolver. No quiero más pruebas de lo que siento que la frecuencia con que en las autopsias hallamos cicatrices de abscesos que fueron tal vez tuberculosos, ó de otro género de infección, que jamás se sospechó en vida ó que pudo curarse, merced al tratamiento empleado, ó á pesar de éste; me basta asimismo para hacer mi convicción lo que observamos, no tantas veces como quisiéramos, en algunas puérperas gravísimamente infectadas que se curan con tratamientos diversos, médicos ó quirúrgicos. Hablo con clínicos eminentes y observadores serenos, y no es posible que crean en la omnipotencia de nuestro arte y se la nieguen al metabolismo fisiológico y aun al fisiopatológico. Esto no es decir que hayamos de cruzarnos de brazos ante un puerperio séptico; muy lejos de esto, sigo con empeño desde hace muchos años la marcha del progreso en este importante asunto, y mis convicciones me llevan á ser activo en el tratamiento de estas enfermas, lo cual no empece que, ante la observación rigurosa de los hechos, admita que el organismo se basta por sí solo, en algunas de sus contiendas con los bacilos, para reducirlos al silencio y á la más mísera condición biológica, sirviéndome precisamente esta reflexión, y algunas de las observaciones publicadas en las estadísticas más recientes, no para desechar, sino muy al contrario, para admitir como indicada ó permitida en ciertos casos de puerperio con sepsis aguda y generalizada la histerectomía.

Pienso yo que el examen atento de los potenciales orgánicos antes de hacer la mutilación, es de capital importancia. Experimentos diversos han demostrado la inocuidad de un bacilo infectante sobre una mucosa sana, así como su activa y nefasta acción sobre la mucosa enferma; y á nadie puede ocultarse el valor que ha de revestir la completa sanidad de ciertas glándulas encargadas de eliminar excreciones que, en estado normal, son tóxicas para otro individuo á quien se le inyectara. Hemos visto que ni siquiera la presencia del bacilo en la sangre viva, era bastante para desechar ni recomendar la operación, puesto que algunas enfermas en quienes el examen fué positivo, se salvaban, y otras, con examen negativo, sucumbían; además, se ha observado más de una vez que con el flemón terapéutico de Fochier, desaparecían de la sangre los microorganismos infecciosos que antes existieran en este líquido. Hemos visto que la clase de microbio tampoco es dato de gran valor en pro ni en contra de la intervención, por la dificultad de determinarla y por la frecuencia de las asociaciones, sabiendo que unos á otros se favorecen ó perjudican en su diopsia y que no es facil sujetar á cálculo determinado cual fué el primer invasor ni qué ha de resultar definitivamente en presencia de los nuevamente llegados al campo patológico.

Se habla, y en concepto mío racionalmente, de la mayor ó menor virulencia de los microbios de una misma especie, según condiciones especiales para nosotros no averiguadas; se insiste también en el número de invasores y en los momentos más ó menos propicios para atacar á la puérpera según que la involución, de la zona placentaria sobre todo, esté ya más ó menos avanzada; se comenta igualmente el grado de resistencia que pueda ofrecer el organismo asaltado, lo nutrido de sus columnas fagocíticas, la integridad de sus secreciones internas, etc. Todos estos elementos son indudablemente dignos de atenta consideración y es lástima grande que no sean más fáciles de determinar; pero yo creo que con paciencia y empeño bastantes puede el clínico acercarse á lo cierto, y que no debe emprender una intervención de la importancia de la que hablamos, sin antes procurar una ponderación lo más exacta que le sea posible del pro y del contra del remedio.

En el estado actual de nuestros conocimientos, figuran entre las glándulas más acreditadas para nuestro objecto, el hígado y el riñon; y si nosotros medimos cuidadosamente las razones que tengamos para creerlas indemnes ó por lo contrario, más ó menos alteradas en sus funciones, habremos dado un paso importante para fallar el pleito sostenido entre el organismo de la enferma y el ó los agentes de infección

ó de toxemia. No es para mí dudoso que en la lucha por la existencia ha de pesar considerablemente el estado funcional de estos órganos encargados de neutralizar y destruir microbios y toxinas y de eliminar los productos no destruídos. Al modo que en el diabético, los traumatismos serán de mayor efecto siderante en la puérpera discrásica que en la sana; y de igual manera que la infección es de peor augurio en el uno será de más letal éxito en la otra. Según Bourget, la orina, en la fiebre puerperal, contiene bases tóxicas que adquieren su altura máxima en el período agudo y que existen también en los tejidos todos de la enferma después de su muerte. Para Hartmann, la disminución de las materias fijas (fosfatos, sales de potasa y, sobre todo, urea), la disminución de la concentración molecular caracterizada por la mayor altura del punto de congelación, la ausencia de la glucosuria temporal después de una inyección subcutánea de phloridzina, la modificación que sufre el modo de eliminarse el azul de metileno por la orina después de inyectar 5 centígramos, son otros tantos medios de conocer el estado funcional de los riñones. La orina, dice Charrin, envenena la protuberancia y es más excitante al levantarse y más soporífera al acostarse. Un organismo enfermo, distrófico, no puede dar una orina normal; y una orina anormal he de producir trastornos nutritivos de autointoxicación, que harán un corazón débil y acaso hipertrófico; y esos órganos alterados rinden, á su vez, por insuficientes, más toxinas que será preciso eliminar. En los casos de hipotermia toma gran participación el hígado que no transforma los principios excrementicios.

La intoxicación nace de la retención de todos estos principios no de uno solo. Si todas las materias pigmentarias vienen de la hemoglobina, dice Hayem, y si en la orina se encuentra más que indicios de urobilina, parece poderse deducir que no ha habido reducción de la bilis en el intestino ó que la sangre no está íntegra y que el hígado se encuentra alterado, grasiento ó insuficiente.

A falta de otros recursos más decisivos é impertantes, podemos averiguar algo de lo que nos interesa particularmente examinando la orina. Si hay más que señales de urobilina, podremos pensar que la hemoglobina está enferma y qne la sangre no nos sirve de elemento microbicida ni auxiliar en la lucha entablada. Si se denuncia la albúmina, hemos de inferir que el riñon no filtra convenientemente los productos que han de eliminarse; y, sobre todo, debe incitar nuestra diligencia al saber la cantidad de orina emitida cada día, porque la oliguria es el peor enemigo de la puérpera, infectada ó no. Lo más sensible es que tampoco estos estudios se distinguen por la precisión. En el Congreso de Tolosa, del 1902, Charrin, Ducamp y otros, di-

jeron que la insuficiencia hepática no depende exclusivamente del hígado, sino que es obra también de otras células, y que no es posible hacer un diagnóstico cierto por los medios hasta aquí recomendados; todo lo más que puede admitirse, es que estando los resultados, por esos diversos métodos obtenidos, de acuerdo, es casi seguro que existe la insuficiencia citada, pero que uno de ellos sólo no es bastante para sentar un juicio pronóstico.

Todo en la puérpera conspira en contra de su resistencia; y, aunque yo supongo que el principal escollo no provenga de su estado discrásico, puesto que diariamente paren sin novedad miles de mujeres, nada repugna creer, por analogía, que el estado normal de la mujer en cinta y de la parida, que es un fisiologismo patológico, se vea en extremo agobiado cuando de él se pide una mayor prueba de suficiencia. Lo cierto es que la observación nos enseña todos los días cuán funestas pueden ser para la puérpera todas las infecciones; una pequeña cantidad de pus les pone ya en grave apuro, se abre el foco por el fondo peritoneal retrouterino y sale una pequeña cucharada, que todo lo arregla inmediatamente; otras veces toca el turno al tejido celular extraperitoneal ó al ligamento ancho: abrís el absceso, después de largas semanas de espera, con grandes accesiones febriles y un malestar y un desgaste considerables, y alguna vez, según á mí me ocurrio ya tres, sale una gota de pus, ó no véis ninguna y quedáis recelosos acerca de la exactitud de vuestro diagnóstico, pero las enfermas se curan rápidamente y vosotros habéis podido seguir con el juicio y con el dedo, etapa por etapa, y de modo concluyente, la formación de un absceso grande, al parecer, en el parametrio.

Todos conocemos la influencia de las infecciones pulmonares y de cualquier otra clase y localización en el embarazo y en el parto; yo he visto, en épocas de gripe, en distintos sitios de la provincia y con distinto personal asistidas, muchas puérperas infectadas principalmente con trombosis. Por estas razones la histerectomía, operación siempre importante, lo será más en la puérpera; pero si consiguiéramos nosotros medir, en un caso determinado, el potencial de resistencia del organismo, á pesar de hallarse la infección esparcida ya por diversas regiones del cuerpo, creo que no sería una operación inútil porque, además de extirpar el foco principal en la generalidad de los casos, podría dejarse un desagüe importante en punto electivamente declive, y todos sabemos que el pus debe ser arrojado al exterior siempre que se pueda; y se ha visto también en la supuración de quistes ováricos, con motivo del puerperio, desaparecer después de la ovariotomía los diversos bacilos encontrados en los loquios. De aquí el beneficio ob-

tenido con la colpocœliotomía en casos graves de infección y los conse guidos por la abertura de abscesos, sabiendo apenas si el pus salió, como el colibacilo del apéndice cerrado es más virulento y tóxico que el del abierto.

No pudiendo denunciar un signo patognómico de la infección exclusivamente localizada en el útero, nos encontramos en condiciones que no son nuevas en las angustias de la práctica, cuya ley es la del accidente; y no disponiendo de una señal certera que nos demuestre la suficiente resistencia del organismo para luchar con la toxemia y soportar la operación, tampoco estamos en circunstancias no acostumbracas dentro de la clínica, cuya característica es la contingencia. Lejos de esto, la incertidumbre existe todos los días, igualmente abrumadora, en diversos estados patológicos: en la apendicitis, en el cáncer, en la tuberculosis, no estamos muchas veces mejor informados; y si es cierto que en la sepsis puerperal la terminación funesta viene más rapidamente que en las dos últimas, como ha dicho el profesor Leopold, de aspecto y marcha de cronicidad, no sucede lo mismo con la apendicitis, que tantos parecidos guarda con la infectotoxemia del puerperio; como ella, es menos grave si da lugar á un absceso; como ella, es funestamente importante para la vida si la toxemia se generaliza.

En los fibromas esfacelados se presentan casi todos los signos y todas las lesiones del puerperio séptico: flemones de los ligamentos, peritonitis, etc., y si la histerectomía no los cura, es probablemente por la toxemia generalizada en una enferma indefensa. En la histerectomía por cáncer, dice el profesor Jordán que la mortalidad es nula actualmente; y, sin embargo, no sucede lo mismo cuando la operación recae en una puérpera infectada. Pues así como en tales estados patológico y otros varios tenemos que conformarnos por hoy, á pesar de constantes investigaciones para borrarlas, con lamentables vacilaciones cuando se trata de sentar la indicación operatoria, y deducimos nuestra decisión del conjunto de signos que, de modo aproximado, nos inclinan más ó menos decisivamente hacia la mutilación ó la conservación, del mismo modo entiendo yo que debemos, esperando mejores tiempos en los que la profilaxia haya hecho desaparecer casi por completo la infección, y en que nuestros avanzados conocimientos de diagnóstico y de pronóstico nos permitan señalar con certeza la localización y la energía orgánica en cada enferma, conformarnos con juzgar de aquélla y de ésta, ateniéndonos, no á un solo signo, sino como en otros patologismos hacemos diariamente, á un grupo sintomático, á un síndrome.

Las circunstancias en que el parto se verificó, los antecedentes patológicos de la enferma, sus condiciones fisiológicas, la época del puerperio, el período de la infección, la probable especie microbiana, su puerta de entrada, las zonas invadidas por una parte, los efectos ostensibles como el número y la intensidad de los escalofríos, las oscilaciones del termómetro, la frecuencia del pulso y de la respiración, el estado del semblante y el del ánimo, el sueño, la sequedad de la piel ó la sudación, el acorchamiento de la lengua, la sed, la disnea, el delirio, el dolor y la secreción loquial, son todos signos que tienen su importancia absoluta ó relativa. Pero hay entre ellos algunos que la adquieren mayor para caracterizar la situación de más ó menos grave en un estado séptico agudo, y yo creo, con otros muchos clínicos, que merecen singulares honores el estado del pulso y su frecuencia, la intensidad y la repetición del escalofrío con una línea térmica muy quebrada y la frecuencia respiratoria. Yo añadiría que al lado de estos tres signos debe examinarse con esmero la presencia de la albúmina, de la urobilina y del índican, qne acompaña frecuentemente á las supuraciones extensas en la orina, así como la cantidad de este líquido emitida en las veinticuatro horas. Viene en segundo lugar, en mi opinión, la localización uterina única que, aparte de los casos de saprofitismo, casi no podrá diagnosticarse más que en virtud de la existencia de una matriz blanda y grande relativamente á la época en que se la examina después del parto, con dolor á la presión, aunque éste puede faltar, y sin síntomas que autoricen á pensar en otra lesión visceral, cosa que no implica evidentemente que ésta no exista.

En estos casos, si un tratamiento local, bien enérgica y oportunamente empleado, porque el raspado y el barrido puede repetirse dos ó más veces, no alivia pronto ó, aún cuando mejore bastante, recidivan los síntomas graves de la infección, creo que no queda más recurso que hacer la histerectomía abdominal ó acudir á los flemones terapéuticos, á los sueros, la balneación, la dieta láctea, el collargol y los tónicos; sobre todos, el alcohol á grandes dosis. Pero si en estas circunstancias se observa por el examen de la orina que el hígado y el riñón no se hallan en buen estado defensivo, me parece que toda operación importante está formalmente contraindicada; que el terreno es tan digno de atención que explica en gran parte la inmunidad de ciertas mujeres bien constituídas contra toda infección. Dice Burdon Sanderson que varias plantas que contienen principios venenosos activos, se hacen inertes cuando se las traslada á otro terreno menos apropiado. En cuanto á la histerectomía vaginal, yo la reservaría para los casos de puerperio avanzado ó cuando hubiera lesiones anexiales

en ambos lados; y si el peritoneo revelaba un exudado en el fondo retrouterino, me limitaría á practicar una colpolaparotomía. En todos los casos dejaría un ámplio desagüe después de la operación. A pesar de todo, llegaremos tarde muchas veces con la intervención; apliquémonos á despistar mejor la indicación para poder ser más oportunos, que el progreso es indefinido.

CONCLUSIONES

1.ª Con una vigilante profilaxia, casi nunca vendrá la infección en el puerperio.

2.ª El saneamiento intrauterino cura casi todas las infecciones puerperales cuando se emplea oportunamente y con el debido rigor.

3.ª Hay algunos casos excepcionales en los que estará indicada la histerectomía si los remedios locales no bastaron para combatir la infectoxemia.

4.ª Las infecciones más justiciables con la operación, son las localizadas en el útero, los anejos y el peritoneo pelviano; pero no son obstáculo para permitirla la peritonitis ni la sepsis generalizadas.

5.ª Antes de decidirse á practicar la mutilacion, hay que cerciorarse de que el veneno no proviene del periné ó de la vagina, de que no se trata de una infección por la vía circulatoria descendente ó de otra en la que no tome parte importante el útero, y de que las glandulas defensivas están, según nuestros actuales conocimientos, intactas.

6.ª Puede también contraindicar la histerectomía un estado de colapso ó una extremada falta de fuerzas.

Discussion.

Mr. DOYEN (Paris):—L' hysterectomie dans l'infection puerperale aiguë doit être absolument rejetée. Les malades qui guérissent, guérissent malgré l'opération.

Le seul traitement efficace est l'irrigation continue intra-utérine.

Mr. BOSSI (Genova):—Il fatto di trovarmí a dirigere, oltre ad una clinica ufficiale nella quale rare sono le infezioni puerperali, anche un'istituzione (la Guardia di Ostetricà permanente di Genova) che da 14 anni provede all'assistenza ostetrica delle partorienti povere a domicilio che mi fa presenziare a gran numero di infezioni, mi autorizza a prendere la parola su quest'argomento.

Da studii batteriologici fatti con pus estratto con punture esplorative di lesioni pospuerperali degli annessi e del tessuto cellulare pel-

vico rilevai io pure quanto diversa sia la virulenza anche per lo stesso patogeno nei varii casi. E clinicamente noi dobbiamo sempre ricordare che vi hanno due forme di infezione puerperali, una con temperatnre assai alte, e questi casi sono i più guaribili, l'altra con temperature basse a 37'5, a 38'5 e polso frequentissimo, e fatti adinamici, e questi sono i casi difficili.

Orbene, nei primi coi mezzi che possediamo riusciremo in generale a salvare l'ammalata, salvando l'apparechio genitale. Nei secondi l'isterectomia sarà un'operazione vana perchè i patogeni saranno già diffusi a tutto l'organismo.

Mr. MURDOCH CAMERON (Glascow):—I quite agree with Prof. Pinard and Dr. Doyen, and in a few words wish to say that my practice and experience is antagonistic to hysterectomia in infection puerperale. In Saprania renoval of the retained membrane or placental *tissue will* at once save the patient, but in pure Septicaemia with suppression of the lochia, high temperature and derium the result is as rule fatal. Our efforts must be as in gynaecologie to perfect our means of prevention by asepsis and antisepsis. Experience shews definitely that puerperal infection is not general but as a rule we find that one doctor may have two or three cases in his pratice, whilst others in the same district have not a case. The best instrument for removal of *débris* is the finger.

Mr. DOLERIS (Paris):—Mon opinion ne détonnera pas sensiblement sur celles de Mr. Pinard; elle se rapproche néanmoins davantage de celle de Mr. Cortiguera. Il me semble qu'on est trop absolu; on ne doit pas, on ne peut pas formuler des règles précises sur une question aussi neuve à peine posée pratiquement. Je ne suis pas facile à entrainer dans le sens de l'intervention et longtemps j'ai résisté. Comme la plupart des accoucheurs je pense que l'infection puerpérale aiguë est un protée, à diffusion telle, à localisations si immédiates et si multiples que rêver de l'enrayer par une opération dès qu'il apparait et menace, est une illusion. S'imaginer, qu'on va toujours dans ces cas, corner l'ennemi dans l'utérus et l'extirper en abattant l'organe est une erreur plus grave qu'une simple erreur chirurgicale; c'est une erreur scientifique matérielle. Opérer tôt c'est agir logiquement mais dangereusement et au mépris des notions cliniques qui démontrent que la phase dramatique du début est souvent sujette à des chutes rapides; opérer tard quand tout a échoué, c'est aller sûrement contre des lésions plus ou moins généralisées. Donc en principe je vois une règle générale, une conduite prudente et rationnelle et

je m'y tiens. Mais je vois, j'ai vu et je prévois surtout des exceptions. Elles sont imprécises encore, mais elles deviendront plus claires avec la recherche patiente.

Mr. Pinard se plaçant sur le triple terrain anatomique, bactériologique et clinique a conclu négativement.

Mr. Doyen a renchéri sur cette doctrine de l'abstention systématique et d'autres après lui, mais sans nous apporter des faits.

Or les faits existent. Sur le terrain anatomique d'abord, j'ai eu des cas, à l'autopsie, dans lesquels les recherches les plus minutieuses, n'ont montré aucune lésion, aucune trace de lésion dans les viscères pelviens, abdominaux, thoraciques, encéphaliques, etc. sauf un abcès minuscule dans l'utérus. Il ne s'agit pas ici de formes foudroyantes qui tuent sans lésions, mais de formes prolongées, huit, dix, douze, quinze jours, dans lesquelles l'organisme a lutté, a résisté à tous les assauts et a été vaincu finalement par ce foyer minuscule d'un poison qu'on aurait pu enlèver à temps. Je répète que j'ai vu quelques très rares cas, mais deux au moins depuis six ans où j'ai eu l'impression que j'aurais pu sauver la malade. L'infection avait disparu de la cavité utérine assainie par le traitement approprié; le foyer était intra pariétal, dans un lymphatique ou dans un sinus veineux.

Sur le terrain bactériologique, nous savons peu de chose, il est vrai; tout est embrouillé, ou paradoxal. Le plus clair est qu'on trouve le streptocoque à la période agonique surtout; mais il y a aussi des pseudo périodes agoniques et bien des malheureuses infectées ne succombent ni à la première ni à la deuxième attaque de cette asphyxie tonique qui est l'image de l'agonie avec toutes les conditions de diffusion des microbes pathogènes et des toxines dans le sang. Peu importe d'ailleurs, il y a là une source de renseignements auxquels il faut puiser encore, pour arriver à fixer quelque point utile.

Cliniquement enfin les cas même très-graves ne se renouvèllent pas. A l'invasion théatrale de la lymphangite et de la péritonite avec hyperthemie continue, on peut opposer les formes remittentes initiales on secondaires de la localisation phlébitique. La forme lymphangitique, c'est son caractère, tue vite par l'empoisonnement ou par les lesions généralisées aux grandes sereuses de l'abdomen de la poitrine, de l'encéphale, des articulations etc. ou bien elle se résout; tel l'érysipéle, la lymphangite des membres etc.

Dans ce dernier cas la forme phlébigitique qui a pu lui être associée dés le début lui survit longtemps; il y a pour cela des raisons; les thromboses d'arrêt dans les veines. Dans d'autres cas la phlébite est

l'unique lésion; c'est rare. Quoiqu'il en soit, la maladie subira alors des phases de rémission parfois assez longues, d'apyresie presque complète. La terrain se défend, détruit les poisons engendrés; les lésions peuvent se limiter. Dans ces conditions l'intervention radicale peut, et doit avoir, quelques rares indications.

Il reste à trouver un ensemble de symptômes, de coïncidences basées sur les données anatomiques, basctéréoscopiques et cliniques. Et il me parait ainsi qu'à nos confréres allemands que la phlébite puerpérale est la condition la plus favorable qui ait été trouvée jusqu'a présent. L'intervention dans les avortements septiques est un autre champ de recherches qui sans doute fournira ses indication spéciales.

J'ai le droit de m'exprimer ainsi, de par l'expérience d'une opération qui pourrait à la rigueur être considérée comme un succés: il s'agit d'une femme infectée depuis huit jours, avec une température de près de 41° que j'ai hysterectomisée par la voie abdominale en risquant les veines thrombosées. Après deux à trois semaines accidentées par des abcès extérieurs, une congestion pulmonaire avec pleurésie, la malade finalement fut considérée comme guérie. Elle se levait, sortait et paraissait à l'abri de toute rechute, la température étant normale depuis trois semaines. Elle succomba à ce moment; une reprise de pleurésie purulente, avec un coup de froid comme cause occasionnelle, fit décider la paracenthèse et la malade mourut à la première inhalation de chloroforme. Eut-elle guéri sans cela, eut-elle succombé à un autre accident? Je l'ignore. Je veux considérer le cas comme un échec parce que la malade, malgré toute l'apparence était encore une infectée. Il y avait du streptoque virulent dans le pus de pleurésie et dans le sang, le jour qui précéda la mort. Je ne peux pas moins reconnaitre que la résistance a été de près de deux mois, et telle que, dans d'autres conditions, la guérison eut pu être définitive. C'est une raison pour moi, de réserver l'avenir, dans des cas de cette sorte.

Et pour donner une conclusion en faisant la part du bien et du mal que nous pouvons faire en cédant à la tentation d'opérer en géneral, j'estime: 1.° *qu'il y a plus de dangers à agir qu'à s'abstenir, dans la période initiale de l'infection.* 2.° qu'il y a une chance de succés dans les formes lentes, rémittentes; et que dans ces cas, fournir au terrain une condition de résistance par la suppression d'un foyer utérin ou para-utérin est avantageux en principe. Le sens clinique, le tact, l'expérience peuvent seuls décider du choix de cas qui doivent être rares.

En terminant, je proteste contre la condamnation de la thérapeutique intra-utérine; et je répète, en demandant l'avis de nos confréres

sur cette question, que pratiquée tout de suite après la preuve clinique de l'infection, elle est excellente. Elle ne peut pas plus ouvrir de voies d'absorption que le curettage d'un abcés, l'abrasion de surfaces sphacelées, septiques etc.; car, si elle détruit et écarte les tissus deja infectés, par une opération sanglante, elle a le devoir strict de multiplier, de suite après, tous les moyens de stérilisation du terrain, immédiate et prolongés; la preuve est faite de son innocuité dans ces conditions.

Les échcs sont à garder au compte d'interventions tardives, que je crois souvent inutiles et quelquefois dangereuses, puisque l'infection est déja hors de l'utérus.

Une expérience de vingt ans conforme à ces règles préoises, me donne le droit de parler aussi catégoriquement.

Mr. QUEIREL (Marseille): Prend part à la discussion et dit qu'en définitive il n'y a pour le moment qu'une indication formelle de l'hysterectomie. C'est quand un placenta adhérent et non extrait est cause de l'infection.

Mr. DANIEL DE MATTOS (Coimbra): Il me semble qu'on doit se mettre d'accord sur ce qu'on désigne par infection puerpérale aiguë. D'après mon avis on doit considérer comme infection aiguë celle qui est *intense* et très accusée par des phénomènes généraux, soit par la qua lité, soit par la quantité ou encore, par l'apréciation des germes; et aussi l'infection qui est *rapide* et qui se généralise. Alors si l'infection aiguë a envahi tout l'organisme, nous ne devons rien attendre de l'elimination de l'utérno. Que faut-il faire dans ces cas? Certainement il faut d'abord profiter tous les procédés de la défense physiologique de l'organisme en aidant l'élimination des germes et de ses toxines. L'infection aiguë n'a seulement pour siége primitif l'utérus, mais toutes les solutions de continuité du vagin, de la vulve etc.; et si elle est venue de l'utérus elle marche soi même, malgré l'histérectomie. Quand le péritoine est déjà infecté et il y a des lésions, je crois, contrairement certaines opinions, l'hystérectomie absolument contreindiquée. Pour toutes ces considérations et encore pour tous les documents connus sur ce sujet, je crois la conclusion du rapport de l'illustre Professeur Pinard être l'expression de la pratique la plus raisonnable.

Mr. LAPTHORN SMITH (Montréal): Je désire donner le résultat de mon expérience. Il y a neuf ans j'ai eu un succès mais depuis lors j'ai operé plusieurs fois et les fennues sont mortes. Aujourd'hui

je suis de l'opinion que l'hysterectomie pour la fièvre puerpérale n'est plus justifiable. La raison pour laquelle les femmes meurent c'est parce que le glandes lymphatiques sont devenues autant d'abcès, que l'on ne peut pas complètement enlever avec l'utérus.

Quant au serum je ne l'ai employé que dans un seul cas, mais la température a augmenté avec chaque injection et après la quatrième la femme est morte.

Ce que je crois être le meilleur traitement et qui m'a donné presque pas de mort, c'est de mettre la femme sur une table, tirer l'utérus en bas, le nettoyer avec le doigt et non avec la curette, et ensuite désinfecter soigneusement avec le bichlorure suivi d'eau sterilisée, d'abord l'utérus et ensuite le vagin et les dechirures du périné qui sont souvent la source d'infection et ensuite de mettre un drainage en ganse pour tenir l'utérus droit et ouvert; alors je remplis le vagin avec l'acide boracique sec en poudre afin que les plaies du col et vagin soient pansées à sec et afin que les liquides qui écoulent de l'utérus deviennent immédiatement une solution antiseptique qui garde le vagin pur pendant quelques jours mêmes, et généralement je n'ai pas eu besoin de faire un second nettoyage. Avec cette méthode jamais des femmes sont mortes.

Dr. SUAREZ DE GAMBOA (México): La fiebre puerperal no es una enfermedad del útero. Es una infección general grave, que tiene el útero por entrada. Suprimir esta puerta de entrada, no es curar la enfermedad. Es preciso modificar profundamente el útero, pero perseguir la infección en el organismo. Cortar el útero no es curar. La cuestión no puede aún definirse y debe dejarse la cuestión abierta hasta conocer mejor la fiebre puerperal.

Mr. DELAUNAY (París): La fièvre puerperale doit être considerée comme une maladie génerale et ce n'est pas l'hysterectomie, traitement local, qui peut être considéré comme le traitement de choix Cette intervention ne doit être envisagée que comme le traitement des complications locales, c'est à dire des collections peri-utérines ici localisées dans d' autres régions. Soigner l'utérus, port d'entrée; à part de cas exceptionnels et ce faisant on laissera certainement mourir moins de femmes qu'on en tuera.

Dr. CORTEJARENA (Madrid): Antes de la lectura de su comunicación dice que hace treinta y seis años se ha ocupado en cuatro Congresos de la infección puerperal y que abriga las mismas dudas que en aquél tiempo, porque la cuestión no está resuelta. Ahora se apela á

la cirurgia activa, y como siempre he hecho, me declaro contrario á dicha operación, con tanta más razón que hoy se dispone de muchos medios que antes no se empleaban. Después da á conocer sus conclusiones parafraseándolas y aclarándolas.

Mr. PINARD (París): Je me résumerai en disant: tous les chirurgiens gynècologues, tous les accoucheurs qui ont pris part à cette discussion ont reconnu à l'unanimité que dans le traitement de l'infection puerpérale aiguë il fallait rester fidèle à un principe: *primo non nocere* et n'employer que des moyens rationnels. Ce qui équivaut à la cosdamnation de l'hystérectomie pratiquée sans indication.

SEANCE DU 25 AVRIL

Matin.

Présidence d'honneur: Mr. Pinard, Psaltoff, et Bossi

TRAITEMENT DU PLACENTA PRÆVIA

Rapport del Dr. MANUEL CANDELA (Valencia.)

MES CHERS CONFRERES:

J'ai été invité par le Comité Central de la section XIIIe de ce Congrès pour appeler votre attention au sujet du «Traitement du placenta prævia.

Je vous avoue très humblement que ce n'est pas sans hésitation que j'entreprends une pareille tâche d'honneur. La thèse proposée ne rentre pas dans les études de mon choix, ni est non plus des sujets qu'en plus grand nombre se trouvent dans les Annales de ma pratique officielle et particulière. C'est pour me conformer à cet appel, sans d'autres prétentions que celles qu'inspire un régulier critérium clinique sur la thèse en question, que je vaís vous retracer à grands traits, les avantages que l'hystérotomie abdominale peut avoir dans des cas déterminés de «placenta prævia», sur les autres procédés de technique opératoire préconisés jusqu'aujourd'hui.

Vous savez bien que le «placenta prævia avec ses hémorrhagies foudroyantes partage avec l'intoxication albuminurique et l'accès d'éclampsie le triste apanage d'être une des causes plus fréquentes de mort imprévue du fœtus, et maintes fois la mère devient une victime de ces anomalies pathologiques.

Les statistiques accablantes de tous les auteurs et de tous les pays nous le démontrent.

Je crois inutile recourir à d'autres raisonnements en appui de cette proposition.

Et touchant au «placenta prævia», notre manque de défense et notre retard sont plus grands, parce que nous ne possédons pas dans notre arsenal de remèdes, un seul aussi précis et aussi concret qui, excepté les hasards *post-partum* imputés à la marche des suites des couches, puisse nous garantir dans la plupart des cas la vie de la mère et beaucoup moins celle du fœtus.

Même avec les divisions clasiques du traitement pendant la grossesse, des cas de «placenta prævia» marginal ou central, ou pendant le travail dans des conditions anatomo-physiologiques pareilles, tous les auteurs ne sont pas d'accord, avec la forme et manière et avec le moment de l'intervention plus ou moins active; en commençant par la chaleur appliquée moyennant de longues irrigations, en passant par les topiques plus ou moins hémostatiques parmi lesquels pourrait figurer l'adrénaline avec quelques avantages, en suivant avec le tamponnement ou columnisation aseptique et la dilatation avec ses variétés, et en terminant par l'intervention armée ou manuelle, pour l'extraction rapide du fœtus et l'extraction immédiate du placenta.

L'on a determiné par hasard les limites qui appartiennent à chacune de ces pratiques?

Le canon de thérapeutique générale de *moins à plus* souvent si logique, est-il applicable à des pareils cas?

Hormis l'extraction rapide et accidentée du fœtus, pouvons nous être sûrs d'une hemostase definitive?

Et en arrivant à l'intervention manuelle ou armée pour hâter l'accouchement et sauver la mère, pouvons-nous compter quelque fois sur la vie du fœtus?

Jusqu'à présent les accoucheurs les plus éminents se sont toujours adressés surtout au symptôme dangereux hémorrhagique, très fréquent dans ces cas, pour sauver la vie de la mère; «du fœtus n'en parlons pas, c'est une chose perdue».

A l'état actuel de nos connaissances et de nos moyens d'action, nous-est-il permis en conscience de laisser sans défense le fœtus du droit naturel à la vie?...

Ce dicours m'a été suggeré par un cas traité dans mon Institut Opératoire; ce fut un cas très instructif, d'un heureux succès pour l'inspiration clinique du moment. C'est un document pratique, démonstratif de la solution que je propose au problème que je viens d'esquisser. Pour cela je vais vous décrire à grands traits le sujet de ma communication.

A. R., native de Crevillente, de 36 ans, multipare, avait eu dans son antérieur accouchement une présentation de tronc et rentra à ma Clinique, redoutant un accouchement aussi pénible que son dernier et parce que dans trois diverses occasions elle avait experimenté de legères pertes de sang; elle se trouvait aux huits mois et demi à peu près de son actuelle gestation, et sentit soudain la rupture de la poche des eaux; sept heures après apparait à la vulve un faible suintement sanguin, dont la sœur de garde appelle mon attention, car les urines devenaient teintées en sang.

La malade fut explorée; et à cause des fréquents reflexes abdominaux à la palpation combinée, on procéda à sa chloroformisation et je fus alors convaincu par le palper abdominal, qu'elle nous offrait une présentation de sommet deviée à droite; en introduisant le doigt dans le col ramolli et dévié aussi, je fus persuadé que c'était affaire d'une insertion vicieuse du placenta, des nommées marginales, mais très proche au bord de l'orifice interne de l'utérus.

Tout à coup vint à mon esprit la marche redoutable et accidentée de l'accouchement dans des pareilles conditions, et plus rapidement encore je mis en parallèle les accidents de l'opération césarienne pour la mère et l'enfant. Le résultat était avantageux pour les deux, et ce traitement fut institué, certain de sauver aussi la vie du fœtus.

L'hystérotomie abdominale pratiquée dans ces conditions, je congédiai la mère et l'enfant en pleine santé vingt trois jours après l'intervention.

L'exposé bref de l'observation que je viens de vous décrire nous permet de prévoir sans doute que cette opération rapidement préparée, la malade se trouvant interne dans un établissement à propos pour cela, fut absolument réglée. Aucun accident opératoire ni post-opératoire troubla la bonne marche d'une intervention, qui a des avantages sur les autres cesariennes pratiquées pour étroitesses pelviennes ou des cas semblables; qu'elle ne risque pas le danger de tomber sur le placenta, comme il m'est arrivé quatre fois dans les sept cas où j'ai été obligé de mettre en pratique cette opération par des causes diverses. Le cas rapporté ne différa pas dans sa marche post-opératoire des autres cinq de ma série, dans lesquels nous ne fûmes surpris par aucun accident fatal à la mère ni à l'enfant.

L'accouchement ébauché, devrait-il arriver à terme en le laissant à ses propres forces ou dirigé par la thérapeutique la plus efficace et la plus habile jusqu'au jour, dans les mêmes conditions que s'il ne fût influencé par la thérapeutique chirurgicale que je viens vous retracer?...

Je ne doute pas, qu'à cause d'un grand nombre de circonstances, le cas exposé est un cas typique.

Seulement pourra-t-on voir de nouveau dans quelque Maternité, dont la surveillance et soins des pensionnaires le permettront.

Mais il est bien vrai qu'avec une relative fréquence l'accoucheur peut se trouver dans des cas pareil s avec indices repetés et soupçonneux de l'existenco de cette dystocie.

Devant cette anomalie et dans des conditions de parfaite viabilité du fœtus, l'accoucheur est obligé de choisir le procédé reglé que je

propose, parce qu'il délivre certainement le fœtus et garantit la mère bien plus que l'exposition possible à des hémorrhagies foudroyantes et incoercibles.

Dans les cas de mort du fœtus par des antérieures hémorrhagies, mon avis clinique est moins absolu.

En traitant le «placenta prævia» marginal avec les moyens employés jusqu'à ce jour, nous ne trouvons pas si redoutables les hémorrhagies pour la mère, surtout à présent que nous possédons les grandes injections de serum artificiel pour forcer la tension circulatoire du malade et lui permettre de vivre avec peu de sang dans son corps. Mais dans les cas de «placenta prævia» central et sans des contre-indications opératoires, l'accouchée traitée par l'intervention que je viens d'indiquer, est moins exposée à des suites funestes que si on la livre aux hasards fâcheux de manœuvres irregulières et accidentelles dans la plupart des fois. Et dans le doute, la statistique de la mortalité pour la mère pans les cas de «placenta prævia» central, que je méconnais, comparée avec celle des cas de césarienne pratiquée sur des étroitesses pelviennes, pourra décider notre esprit du côté où nous trouverons plus d'avantages.

C'est pour cela, en résumant ces impressions cliniques et avec l'espoir de faire un travail complet et minutieux de ce sujet, que j'ose proposer à Messieurs les Congressistes, pour son accueil favorable, les conclusions suivantes,

I.—Les procédés actuels d'intervention au traitement du «placenta prævia» sont défectueux et incertains.

II.—A l'état actuel de nos connaissances, l'hystérotomie garantit au maximum la vitalité du fœtus dans un cas quelconque de «placenta prævia».

III.—L'hystérotomie dans les cas de «placenta prævia» central, le fœtus mort, nous offre pour la mère toutes les bonnes chances d'une intervention réglée à côté d'une autre, incertaine et accidentée.

IV.—L'intervention par l'hystérotomie abdominale dans les cas de «placenta prævia», devra suivre les préceptes suivants:

A).—Certitude absolue du diagnostic.

B).—Absence complète des contre-indications propres pour l'opération proposée.

C).—Du courage et de l'adresse dans l'intervention à fin d'éviter par de nouvelles hémorrhagies la mort du fœtus, ou la contre-indication opératoire de mort du fruit de la conception.

V.—Le bon sens clinique, parmi les hasards probables avec les procédés courants et les moindres dangers que fournit actuellement

l'opération césarienne, décidera dans le cas de «placenta prævia central où l'on cherche seulement de sauver la vie de la mère.

TRAITEMENT DU PLACENTA PRÆVIA

Rapport del Dr. MARTIN AGUILAR (Granada).

Perdón, señores, si á pesar de mi insignificancia alzo la voz ante sabios tan esclarecidos para tomar parte en el tema oficial, «Tratamiento de la placenta previa». Todos vosotros traeis un nombre ilustre y una autoridad científica respetable; yo en cambio no traigo otra representación que la de un modesto obrero de la ciencia ginecológica abrillantada por vuestros esfuerzos y tan enaltecida por vuestro concurso, que puede hoy sin mengua y con justicia ocupar el primer puesto entre todas las ramas de la ciencia médica. Soy no más que un ferviente admirador de vuestra propia obra, y por serlo tanto es por lo que acallando mi natural temor vengo á depositar ante el Congreso el modesto óbolo de mi observación y de mi experiencia.

Antes de entrar en materia debo decir que el tratamiento de la placenta previa ha de fundamentarse en el conccpto anatomopatológico, en el concepto patogénico y en el concepto clínico que tengamos de ella.

Y á la manera como con gráfica expresión de la realidad decimos que no hay pneumonía sino pneumoniacos, queriendo dar á entender que cada enfermo dá á cada especie morbosa un sello particular que hay que tenerlo muy en cuenta en el tratamiento; así podríamos adelantarnos á decir respecto á la placenta previa que no es científico ni es prudente legislar por una sola fórmula, por un solo precepto la terapéutica de una complicación del estado puerperal, que no es siempre idéntica á sí misma.

Este concepto general se funda en las escasas observaciones de mi experiencia y en las reflexionesque ellos me han suscitado, y el humilde trabajo que os presento y las conclusiones que formulo, están apoyados en la clínica real y comprobados por 21 casos de placenta sin un solo fracaso.

El tratamiento de la placenta previa es esencialmente hemostático y se divide en profiláctico y curativo. El profiláctico propuesto por el ilustre Pinard presupone el diagnóstico de la placenta previa antes de sus primeras manifestaciones hemorrágicas y consiste en obte-

ner, si no la hubíere, una presentación longitudinal y en prescribir el reposo absoluto con el objeto de evitar el encajamiento y consiguientemente la distensión exagerada del segmento inferior y los desprendimientos cotiledoneares causantes de las hemorrágias.

El valor de este tratamiento preventivo no es ni puede ser de gran eficacia práctica por cuanto se observan hemorragias á pesar de hallarse el feto en presentación longitudinal, alta y móvil sobre el extremo superior y además porque la aptitud diagnóstica que presupone este tratamiento, ni la poseen muchos médicos que se ven obligados á partear, ni aun cuando fuese patrimonio de todos, tiene explicación dicha aptitud porque las embarazadas por desgracia no se someten á la exploración y dirección de un profesor sino cuando las hemorragias han sobrevenido,

El tratamiento curativo se divide en sintomático y causal. El primero combate las hemorragias con cuantos recursos no obstétricos pone en nuestras manos la terapéutica (determinación de una presentación longitudinal, reposo absoluto, opiáceos, inyecciones de agua esterilizada á 48 ó 50 grados, taponamiento vaginal, etc.). Tendrá efecto curativo de muchos casos en placentas previas laterales y en algunos marginales pero serán ineficaces contra la hemorragia y contra la causa de ella en muchas de estas últimas sobre todo en las conocidas con el nombre de previas parciales y centrales.

En todo caso en que no esté comprometida la vida de la mujer, inmediata ó próximamente, con mayor razón si el feto no es viable, es de rigor absoluio atenerse al tratamiento sintomático, y entenderemos que la vida de la mujer se encuentra comprometida cuando el pulso dé 100 ó más pulsaciones al minuto, sin otra justificación que la hemorragias y el estado general de la enferma, acuse trastornos funcionales hemorrágicos.

El tratamiento causal es el curativo, persigue un fin hacia el cual han caminado todos los métodos de tratamiento desde Portal hasta Pinard. Este fin ha sido *vaciar* el útero.

Vaciar el útero ha sido la gran directriz del tratamiento de Portal, de Guillemeau, de Serret, de Bourgeois, de Puzos, de Dubois, de Depaul, de Pajot, de Bailly, de Barnes, de Simpson, de Wigaud, de Kriesteller, de Brainton Hickst, de Leroux, de Seyfert, de Tarnier y de Pinard.

De tan grande y unívoco pensamiento, se han originado tantos métodos y procedimientos como involucran la historia terapéutica de la placenta prévia.

Todos los procedimientos inventados y propuestos, caben dentro

de dos grandes métodos que son: el método del parto forzado y el método del parto acelerado. El primero es el más antiguo y por el supremo inconveniente de su violencia ha sido desde antiguo unánimemente rechazado. El segundo es el que ha imperado desde Puzos hasta nuestros días. Se ha subdividido en varios métodos según han combinado de diversas maneras los procederes inventados por los autores.

El más típico es el de Puzos alrededor del cual han figurado todos los demás. Este autor trata de *vaciar* el útero punzando las membranas y dilatando digitalmente el cuello uterino. Dubois procura vaciarle y contener la hemorragia con un medicamento mal conocido por entonces y proscripto más tarde por la fórmula de Pajot El método de Barnes tiene de original el empleo de sus sacos dilatadores hidrostáticos, pero aplicados *después* de la punción de las membranas. Luego de obtenida la dilatación arranca parcialmente la placenta *dejando al parto en la alternativa de la espontaneidad ó del artificio según los casos.*

Simpson arranca totalmente la placenta exponiendo deliberadamente la vida del feto sin resolver en definitiva el problema de la vida de la madre. Leroux propone el taponamiento que aun cuando nosotros lo consideramos como un tratamiento sintomático, hay que elevarlo á la categoría de curativo en gracia á los resultados obtenidos algunas veces, quizás á pesar de su empleo y en gracia á la intención de su autor. Tiene este tratamiento una ventaja, su simplicidad y un caracter sugestivo, el de no oponerse de una manera esencial á la continuación del embarazo, de gran valor para el caso en que el feto no es viable. Pero lleva en cambio aparejados muchos inconvenientes que son:

1.° El de su frecuente mala aplicación.

2.° El de haber sido erigido en método cerrado el tratamiento en vez de haberlo presentado como útil recurso ó simple remedio sintomático.

3.° El de haber pretendido que el taponamiento mereciese confianza séria en sus efectos hemostáticos directos, siendo así que el taponamiento es un recurso aplicado á distancia y por bajo del sitio de la hemorragia.

4.° El de haber engendrado muy frecuentemente la ilusión de una hemostasia en el ánimo de los tocólogos cuando realmente lo que consigue es trasformar la hemorragia en serorragia.

5.° La de ser el taponamiento un vehículo frecuente de graves infecciones.

El método de Pinard es sin duda el más perfecto y racional entre

todos los relatados anteriormente. Tiene de original la deliberada y amplia rasgadura de las membranas y como fundamento terapéutico el concepto patogenético vehemente de las hemorragias de la placenta previa.

Creemos contra la opinión del Dr. Pinard en la génesis expuesta por los clásicos, esto es, en que las hemorragias son producidas muy principalmente por desprendimientos placentarios debidos á las distensiones lentas y progresivas y á las bruscas y violentas que el desarrollo normal del embarazo, el precoz encajamiento y la presentación transversal, solos ó combinados, imponen á la superficie inter-útero-placentaria.

La extensibilidad de las membranas permite comprender como pueden estirarse y aumentar su superficie sin imponer al borde placentario tracciones capaces de conmover y destruir las conexiones cotiledoneares. En cambio la cara uterina de la placenta completamente inextensible no puede seguir las distensiones lentas ó bruscas que sufra la superficie del segmento inferior donde ella se asienta.

Ahora bien, el mismo Pinard reconoce que la tracción de las membranas sobre el borde placentario, aún siendo para él la principal determinante, no es sin embargo el único origen de la hemorragia y si esto es cierto, si de los vasos rotos placentarios ó si de la misma superficie uterina puede también proceder la hemorragia, es evidente que para estos casos ha de ser insuficiente medio hemostático la rasgadura simple de las membranas.

Si la hemorragia puede pues continuar por cualquier otro motivo, debemos considerarla como peligrosa en todos aquellos casos en que continúe la pérdida de sangre después de la ruptura de las membranas y el parto se prolongue por cualquier causa.

Es verdad que, para tal ocasión reserva Pinard los balones dilatadores, si la dilatación lenta hace prolongar el parto, pero también es cierto que, abierta ya la cavidad amniótica, si hubiera inercia uterina (cosa posible) la sangre podría invadir dicha cavidad matando á un tiempo mismo á la madre y al hijo, antes de conseguir la terminación del parto.

Por otra parte, la desgarradura amplia de las membranas es asunto fácil para todos si se trata de un embarazo á término y de placentas laterales ó marginales; pero son difíciles siempre, y á veces impracticables, para la generalidad de los parteros, en aquellos casos en que el anillo no esté borrado ni del todo reblandecido, esto es, antes del noveno mes del embarazo, y en las placentas previas parciales ó cen-

trales en las que las membranas están descentradas y el canal cervical es largo.

Por las razones expuestas. creo que el método de Pinard es excelente para las placentas prévias laterales hemorrágicas; más aceptable que los otros métodos para las placentas marginales, difícil y aún peligroso para combatir placentas previas parciales ó centrales, sobre todo si el parto no se ha declarado de antemano y el embarazo no es de término.

CONCLUSIONES.

1.ª En general desde Puzos á Pinard se ha perseguido siempre un gran ideal curativo en el tratamiento de la placenta prévia; este es, *el vaciamiento del útero.* Pero en la práctica todos se han contentado con vaciar deliberadamente una pequeña parte de él, el líquido amniótico, dejando la expulsión del feto y de la placenta á los esfuerzos naturales ó en último resultado á la intervención tardía y no deliberada sino impuesta por las circunstancias.

Todos han tratado de acelerar el parto pero parcial é irregularmente. Parcialmente porque no aceleran más que la salida del líquido amniótico y cuando más la dilatación uterina; irregularmente, porque aceleran la salida del líquido amniótico antes que la dilatación uterina, invirtiendo así el orden cronológico que marca la fisiología á los fenómenos del parto.

2.ª *El vaciamiento del útero* es el *único* tratamiento radical contra las placentas previas, hemorrágicas, inquietantes y amenazadoras.

El método, pues, más seguro y eficaz contra tales complicaciones del embarazo ó del parto, será aquel que vacíe el útero total, regular, rápida y hemostáticamente.

Por consiguiente, siempre que la vida esté amenazada, si la naturaleza no lo realiza por sí, hemos de vaciar el útero de líquido amniótico, de feto, de placenta y de coágulos en el menor espacio de tiempo posible, y sin invertir el orden cronológico de los fenómenos de un parto fisiológico.

Habrá ocasiones en que nos bastará acelerar la dilatación uterina, porque los demás fenómenos del parto se precipiten rápidamente, suspendiendo al mismo tiempo la hemorragia; otras veces será precisa la dilatación y la ruptura artificial de la bolsa de las aguas, pero no será necesaria ninguna otra intervención, porque la naturaleza se encarga de hacer lo demás, pronto y eficazmente.

Son también muy frecuentes los casos en que todo el parto, dila-

tación uterina, ruptura de las membranas, salida del líquido amniótico, progresión y salida del feto, decolación y extracción placentaria han de realizarse seguidamente y sin interrupción por el profesor.

3.ª De lo anteriormente expresado, se deduce que el tratamiento contra las hemorragias en la placenta previa no puede encerrarse en una fórmula absoluta, sino que á cada individualidad clínica corresponderá una conducta terapéutica diversa.

4.ª Sea cual fuere el caso de placenta previa que requiera nuestra intervención interruptora del embarazo ó aceleradora del parto' nuestra conducta se dirigirá á obtener, si no la hubiere, una dilatación suficientemente ámplia de una manera artificial y hemostática, cuidando mucho de conservar íntegra entretanto las membranas. Esta dilatación se conseguirá con los sacos hidrostáticos impermeables conocidos, y de un modo gradual y progresivo.

5.ª Después de obtenida la dilatación, dos casos pueden ofrecerse al profesor: 1.º La presentación es longitudinal y está encajada, apoyándose fuertemente sobre el orificio uterino; la hemorragia se suspende, hay fuertes contracciones. En esta circunstancia se impone la rasgadura ámplia de las membranas, como única intervención, pues al derramarse abundantemente el líquido amniótico, la cabeza ó la pelvis del feto sirven ya de tapón hemostático, y el parto se realizará espontáneamente sin hemorragia. 2.º La presentación es de hombro, ó siendo pelviana ó de vértice, es alta, móvil, no apoyada sobre el orificio uterino. No hay que dudar ni perder tiempo. La hemorragia continuará y el parto, ó mejor dicho el vaciamiento del útero se impone. En este caso, haremos la rasgadura de las membranas, y sin sacar la mano ó dejar salir líquido amniótico, penetraremos en la cavidad uterina para hacer la versión podálica, si la presentación es de hombro ó de vértice, ó extraeremos simplemente el feto si la presentación es pelviana. A la tracción del pie á la vulva, corresponderá el descenso de la pelvis fetal que apoyándose sobre el orificio uterino hará efecto de tapón hemostático. La salida de la pelvis fetal, la de los hombros y la de la cabeza, se hará con la rapidez que de un lado exija la vida de la madre, y de otro el feto.

Siempre será útil tener dilatado el canal vaginal con sacos hidrostáticos antes de esta última intervención, y en tanto se obtiene la del cuello uterino. Alumbramiento artificial si este tiempo del parto no se precipita inmediatamente después de la salida del feto.

Inyección intrauterina al cloruro de sodio y á temperatura de 48º ó inyecciones de suero artificial.

6.ª Los dos métodos de intervención aplicables á los tipos clínicos expresados pueden formularse así: «Método del parto *parcial* y *regularmente* acelerado de un modo hemostático» para el primer caso.

«Método del parto *total* y *regularmente* acelerado de un modo hemostático» para el segundo caso.

Discussion.

Dr. RECASENS (Madrid): Creo que la histerotomía que propone el Dr. Candela no cumple nunca ninguna indicación; debemos preocuparnos de la hemorragia de la placenta previa y de la salvación de la vida del feto, pero no debemos tomar como regla el ser muy activos, pues ni la vida de la madre ni la del feto corren tan gran peligro cuando están bien asistidos, que debamos llegar á la intervención que propone el Dr. Candela.

Creo, con el profesor Pinard, que la inserción central de la placenta es tan rara que hay que conceptuarla del todo excepcional, y por tanto en todos los casos, ya con el taponamiento, ya con los globos dilatadores y la rotura extensa de las membranas, se solucionarán todos los problemas; en caso de urgencia, la dilatación digital ó instrumental del cuello es un medio en la actualidad por todos aceptado y que bien practicado no tiene los peligros que antes ofrecía el parto forzado.

Debemos en todas ocasiones preocuparnos de la vida del feto y de la madre, pero no debemos llevar la exageración de protección de aquélla aumentando inútilmente los peligros de ésta.

Mr. BOSSI (Génova): Riassumendo ritengo che anzitutto e sempre dobbiamo seguire il metodo dell'aspettare, tamponando tutta la vagina.

Quando, sia perchè sono rotte le membrane, sia perchè le emorragie sono eccessive dobbiamo rinunciare al trattamento di attendere, devesi dilatare il collo e svuotare l'utero.

Converrà dilatare l'utero se si può colla mano. Se non si può colle mani io credo debbano respingersi le incisioni alla Dührsen e ricorrere alla dilatazione mecanica per la quale io propongo il mio dilatatore gia noto.

Numerosissimi casi stanno a dimostrare che colla dilatazione mecanica immediata col mio dilatatore, si salvano fete e madri quando altri avrebbero sugerito il taglio cesare.

Mr. DANIEL DE MATTOS (Coimbra): Si je n'avais pas demandé la parole avant la lecture du rapport manuscrit de Mr. Martin Aguilar je ne la demanderais pas, tant je suis d'accord avec l'ensemble des conclusions de son excellent travail.

Cependant il y a quelques particularités que je ne suis pas dans ma pratique. Alors je profite de l'occasion pour communiquer l'intervention que pendant le travail je considère plus sûre. Dans les cas où j'ai fait la rupture large des membranes suivant la méthode très préconisée par l'illustre prof. Pinard, je n'attends pas, quelque soit la présentation, si la dilatation est suffisante, l'accouchement spontané. Même dans la présentation du sommet non engagé je fais immédiatement après la rupture des membranes, la version podalique. Par cette intervention plus sûre pour obtenir la priorité de l'expulsion du fœtus avant l'expulsion du placenta, l'hemorrhagie qui peut reparaitre, si le placenta vient au côté de la partie présentée sera très reduite.

Au contraire, en attendant l'accouchement spontané, le sommet qui descend et presse sur le placenta qui viendra au côté de celui-la par le decollement placentaire determinera une hémorrhagie plus intense et grave pour l'enfant et pour la mère. Par la version podalique immédiate on peut éviter mieux la descente prémature du placenta.

Dr. GENARO BENAVIDE (Santiago): Cree que el tratamiento de la placenta previa debe ser sintomático, el partero en presencia de una enferma de esta naturaleza debe usar todos los medios que su clínica le aconseje, pero teniendo siempre en vista no producir jamás lesión alguna del útero.

Por mi parte, debo decir que en mi larga práctica el desgarro amplio de las membranas con pérdida de una parte del líquido amniótico me ha producido siempre excelentes resultados. La hemorragia cesa y el parto se verifica, en la mayoría de los casos, espontáneamente, salvando á la madre y casi siempre al feto.

Si á pesar de esta intervención continuara la hemorragia, es necesario desocupar el útero lo más rápidamente posible. Se dilata el cuello con dilatadores como el ballon de Charpentier ó cualquier otro instrumento que sea capaz de producirla, pero no debe incindirse el cuello con instrumento cortante ni producir ninguna clase de lesión en el interior. Cuando se ha obtenido una dilatación suficiente, se termina el parto por la versión de Brainton Hickst ó por cualquier procedimiento que asegure la terminación rápida.

Nunca en mi práctica me he encontrado en presencia de un caso de placenta previa en el que, para salvar á la madre ó al feto, fuera ne-

cesario recurrir á la operación cesárea. No acepto, por consiguiente, las conclusiones á que llega el Sr. Candela.

El Dr. LOPEZ (Valencia): Aclaración: No debe interpretarse el método propuesto por el Dr. Candela como método mutilador, porque no se trata de histerectomía sino simplemente de histerótomía ú operación cesárea; por lo tanto los términos de la discusión deben desenvolverse en este concepto.

M. MURDOCH CAMERON (Glascow): The proposal to treat placenta-previa by hysterectomy is always recognised in England as the proposal of a surgeon who knows very little about midwifery, and the proposal in my opinion should be condemned as ridiculous. The treatement is well defined in all our text books and is recognised as well founded and safe.

El Dr. CORTEJARENA (Madrid): Dice que la placenta previa es un accidente muy grave que ha visto muchas veces y le ha proporcionado graves preocupaciones. En las inserciones marginales se puede triunfar muchas veces; en las centrales, y sobre todo en las primerizas, el peligro es grande y á menudo se encuentra la mujer moribunda. En todo caso es preciso intervenir pronto, con gran rapidez dilatar el cuello, introducir la mano, hacer la versión y extraer el feto. El mejor taponamiento es la misma mano que excita la contracción intra uterina, y por esto se hace la extracción esperando sentir el fondo del útero que toca el dorso de la mano. El éxito depende en la placenta previa de intervenir pronto y obrar con rapidez, evitando todo lo posible el traumatismo.

M. PINARD (Paris): Prend part à la discussion et termine en disant qu'il tient à faire remarquer que dans l'énumération des procédés pour le traitement du placenta prævia, il n'a jamais été question d'hystérotomie et se plait à reconnaitre avec une vive satisfaction que la presque unanimité de ses confrères espagnols pense comme lui.

Dr. LAPTHORN-SMITH (Montreal): Dit qu'il exprime ses opinions personnelles aussi bien que celle de la majorité de ses confrères d'Amérique en disant qu'il ne croit pas que nous étions justifiés de pratiquer de si grosses opérations, comme l'hysterotomie ou la section césarienne, quand nous avons des moyens sans dangers qui réussissent tout aussi bien. Il dit n'avoir jamais eu, ni ses amis non plus, aucun cas de mort survenue par hémorragie lorsque les cas ont

été soignés en arrêtant l'hémorragie immédiatement, ce qui peut se faire par la dilatatión par la main et la descendente du pied de l'enfant.

Dès le moment où l'on introduit la main, l'hémorragie cesse et ne revient plus. Si on déchire un peu le col, on peut le coudre très facilement et on peut aussi rémédier l'infection si elle s'est présentée.

A cette discussion prit part aussi le Dr. Calderini (Bologna).

Dr. RECASENS (Madrid): Je ne suis pas d'acord avec les conclusions du Dr. Candela: cette complication de la grossesse et de l'accouchement si bien quelle soit fréquente, n'arrive pas à mettre en danger la vie de la mère. Les moyens ordinaires suffisent dans toutes les occasions a sauver cette vie et ce serait s'exposer beaucoup, vouloir avec l'hysterotomie défendre la vie du fœtus que d'autre part on peut aussi sauvegarder en actuant avec nos moyens ordinaires.

Nous pouvons avec le tamponement et les injections chaudes de 45° à 50° corriger les hémorragies peu graves, et si par la quantité de sang perdu ou par la répétition des hémorragies la vie de la mère ou du fœtus sont en péril nous devons provoquer ou terminer l'accouchement par les voies naturelles. La déchirure des membranes rapide et extensement pratiquées arrivent dans la mayorité des cas à résoudre favorablement le problème et si le col est fermé nous avons dans les ballons et dans la dilatation instrumentale ou digitale aseptiquement practiquée, un moyen excellent pour résoudre d'une manière satisfaisante pour la mère et pour l'enfant cette complication. Je suis d'avis que l'obstétrique dans ces derniers temps s'est égarée un peu de son vrai chemin; elle devient pour quelques uns trop active; on en veut faire une branche de la chirurgie et lui appliquer les mêmes moyens d'action.

Ça me parait une erreur, les conditions de la femme qui accouche et du fœtus, exigent l'application de moyens propres et cette inocuité des laparotómies qui est si vantée par quelques uns est une exagération que la pratique démontre journellement. En opposition aux conclusions du Dr. Candela j'ose affirmer que jamais l'hysterotomie ne trouvera ses indications dans le «placenta prævia».

Dr. QUEIREL (Marseille): Je ne saurai paser cette discussion sans protester contre le traitement des hémorrhagies causées par l'insertion anormale du placenta, par l'hystérotomie, car tout accoucheur chargé d'un service de Maternité, doit donner son avis sur une pareille question.

Le Professeur Pinard a démontré depuis longtemps que le décol-

lement prématuré et partiel du placenta qui causait l'écoulement du sang était dû au tiraillement des membranes, sous l'influence des contractions indolores de l'utérus pendant la grossesse. Dès lors, la logique étant d'ailleurs d'accord avec la clinique, il faut pour faire cesser la cause et supprimer l'effet, déchirer largement les membranes et non pas seulement, comme l'a dit notre éminnent collègue Calderini, les percer pour évacuer le liquide amniotique.

Cette pratique enseignée dès longtemps par le Prof. Pinard, a été mise bien en lumière dans une thèse d'un de mes élèves, le Docteus Juge, on verra dans les observations dont elle fait mention la différence de l'époque où l'on faisait encore le tamponnement et de celle où on ne le fait plus, au moins dans mon service, on verra des dilatations obtenues avec le ballon de Champetier, sans perforation de l'œuf dans lesquelles l'hémorragie persistait et au contraire l'application de ce même ballon dans la cavité amniotique arrêter l'hémorragie et produire en même temps la dilatation; donc l'indication maîtresse, primordiale est de déchirer les membranes. Mais il faut mettre la femme dans des conditions spéciales de façon que le tiraillement dont nous parlons ne se produise pas si l'hémorragie n'est pas grave et alors on n'aura pas à percer la poche des eaux et la grossesse pourra continuer. Il est deux facteurs de ces hémorragies; la présentation transversale et l'engagement prématuré.

Et c'est parce que l'on a négligé ce dernier qu'on a cru pendant longtemps que l'hémorragie par placenta prævia ne se rencontrait que chez les grandes multipares, ce qui d'ailleurs coïncidait le plus souvent avec des présentations transversales, mais le deuxième facteur, l'engagement qui se fait au 8-9 mois chez les primipares explique pourquoi depuis qu'on a examiné de près la question, non seulement l'écoulement de sang se montre chez les primipares, mais encore avec une plus grande gravité. D'où les indications de corriger d'abord la présentation quand elle est transversale et ensuite d'empêcher l'engagement par la position horizontale chez les primipares pour éviter que le sommet en descendant dans l'excavation se tire sur le segment correspondant des membranes et de là sur le bord du placenta.

Quand l'hémorragie est grave, il ne faut pas perdre de temps. Déchirez d'abord les membranes et obtenez la dilatation rapide pour finir le plus vite possible l'accouchement. Et n'oubliez pas que ces hémorragies persistent quelquefois après la délivrance, alors que l'utèrus est contracté dans son segment supérieur, et qu'elles cachent quelquefois aussi des déchirures utérines trop souvent méconnues.

SEANCE DU 25 AVRIL

(Après-midi)

Présidence d'honneur: MM. Doleris, Granville Bantock et Treub.

LA CHIRURGIE CONSERVATRICE DES LESIONS ANNEXIELLES

Rapport de Mr. HECTOR TREUB (Amsterdam).

En parlant de lésions annexielles je n'envisagerai dans les lignes suivantes que les lésions inflammatoires intrapéritonéales. Je ne parlerai donc ni des tumeurs ovariennes, ni des paramétrites (cellulite pelvienne), je me bornerai simplement à la chirurgie conservatrice des salpingo-ovarites. Tout en supposant qu'ainsi faisant je me confirme à l'intention du bureau de notre section, je tiens pourtant à circonscrire nettement le thème de mon rapport.

Avant de parler du traitement des salpingo-ovarites, il importe de rappeler les symptômes de cette affection et surtout d'en estimer le danger. Quant au premier point, la tâche est très facile puisque la symptomatologie de la salpingo-ovarite est bien faite aujourd'hui. Dans la période aiguë c'est la fièvre qui prédomine dans le cortège des symptômes d'infection générale. Comme symptôme local, il y a la douleur dans le bas-ventre. Dans la période chronique, que nous voyons surtout, l'infection n'a que peu d'importance et s'il y a des élévations de température, celles-ci sont gênantes par leur ténacité plutôt que par leur grade. Dans beaucoup de cas, même la fièvre fait défaut et le symptôme prédominant est la douleur. Si ce symptôme-là—étant donnée sa subjectivité—est toujours très difficile à évaluer, cela est surtout le cas quand il s'agit de douleurs pelviennes chez la femme. A côté des douleurs, les autres symptômes: pertes sanguines, surtout sous la forme de menstruation profuse et prolongée, mais aussi sous celle d'hémorrhagies irrégulières, et pertes blanches sont d'importance secondaire. Il n'y a que la stérilité qui doive encore être nommée ici.

L'estimation des dangers de la salpingo-ovarite est plus difficile. Les publications anciennes ne peuvent guère servir à nous éclairer sur ce point, puisque la différentiation entre les salpingo-ovarites et les autres espèces de suppurations pelviennes n'est faite que rarement.

D'autre part les statistiques récentes ne nous donnent pas une idée exacte du danger des salpingo-ovarites, puisque le traitement chirurgical moderne intervient dès que l'on suppose, à tort ou á raison, que le danger va se présenter.

Mais quand on a eu l'occasion de voir un certain nombre de cas de salpingo-ovarite—et, quel gynécologue un peu expérimenté ne l'a pas eue—on remarque aisément que les cas de mort dûs à la perforation d'un pyosalpinx sont extrêmement rares. Par exemple, sur plus de 600 cas de salpingo-ovarite observés par moi dans les dernières six années, je n'en connais qu'un. A en juger d'après les publications isolées, mon expérience doit être à peu près celle de tout le monde. Pourtant ici, en Hollande, comme partout ailleurs, je pense, les malades ne se hâtent guère de se faire traiter pour une inflammation annexielle et les cas invétérés forment une part importante, sinon la majorité, sur la liste des malades. Ce fait ne nous donne évidemment pas la preuve, mais cependant une impression bien fondée, que le danger mortel des pyosalpingites ne peut pas être biend grand.

Voyons maintenant ce que le traitement peut faire contre cette maladie que nous devons donc considérer comme très gênante, mais peu dangereuse.

Ici une première question s'impose: la salpingo-ovarite est-elle une affection qui rentre toujours dans le domaine de la chirurgie, prise dans le sens étroit de traitement opératoire? En théorie presque tout le monde est d'accord qu'il faut répondre à cette question par la négative, mais il est permis ae douter que vraiment la théorie et la pratique coïncident toujours. En tout cas, on ne voit presque jamais des chiffres donnés à l'appui de cette opinion générale et je me permettrai donc de motiver aussi exactement que possible ma réponse négative à cette question préalable qui me parait être de la plus haute importance pour le sujet de ce rapport.

Je donnerai d'abord quelques chiffres. Depuis le mois de Mai 1896 jusqu'au milieu du mois de Décembre dernier j'ai traité dans ma clinique 612 cas de salpingo-ovarite. De ces 612 malades 433, soit 70 pour cent, sont plus ou moins complètement guéries *sans intervention opératoire*. Le traitement uniforme dans tous ces cas à été le suivant. Repos complet au lit; tant qu'il y a de la fièvre, application d'un sac de glace; les symptômes aigus passés: injections vaginales chaudes (45 degrés centigrade), tamponnement vaginal glycériné et pansement à l'eau tiède (Priessnitz'scher Verband) du bas-ventre. La durée-du traitement a varié entre trois semaines et quelques mois; la durée moyenne peut se chiffrer à 6 semaines.

J'ai dit que ces 443 malades ont été guéries plus ou moins complètement. En effet il faut défalquer du nombre quelques cas, rares du reste, dans lesquels la malade s'est soustraite au traitement et à quitté la clinique trop tôt. Ensuite un certain nombre de ces malades sont sorties de la clinique ayant encore un empâtement absolument indolore des annexes. Ces femmes-là ont continué les injections chaudes pendant un temps plus ou moins long, durant lequel elles restèrent en observation à la poliolinique (service du traitement ambulatoire). En tout cas les femmes elles-mêmes se considérèrent comme guéries, n'ayant plus de symptômes subjectifs de leur maladie.

Evidemment il est possible, il est probable même, que certaines d'entre elles ont eu de légères récidives de douleurs abdominales, mais d'autre part il est bien sûr qu'il n'y a pas eu de récidives quelque peu graves sauf dans un nombre de cas fort restreint. Dans les 433 cas, il s'en trouve une vingtaine qui ont été traités plus d'une fois de la même manière, ce qui équivaudrait à 5 °/₀ de récidives plus ou moins graves et en tout cas assez gênantes pour motiver un nouveau séjour à la clinique. Pourtant ce dernier chiffre doit être considéré comme trop bas pour deux raisons. D'abord une partie de mes malades de cette catégorie est recrutée parmi les servantes de brasserie qui viennent presque toutes de l'Allemagne et ne restent pas longtemps ici.

En cas de récidive ces malades sont peut-être loin. Ensuite, il n'est pas certain qu'en cas de récidive grave les malades soient revenues à ma clinique, puisqu'elles peuvent se faire traiter dans un autre service. Le fonctionement de l'assistance publique ici, à Amsterdam, ne rend pas ces changements d'hôpital très facile, de sorte que le nombre de ces derniers cas ne doit pas être bien grand. J'ai demandé à ce sujet des renseignements aux chefs des autres services gynécologiques et leur réponse a confirmé ma supposition. J'ajoute enfin que dans les cas de récidive sus-nommés sont compris ceux qui avaient été en traitement dans un autre service, soit à Amsterdam, soit ailleurs.

Il est impossible de faire une évaluation exacte de l'importance des deux facteurs nommés ci-dessus, il est donc impossible aussi de dire de combien il faut diminuer les 70 pour cent des guérisons sans opération. Afin d'être certain de ne pas exagérer les résultats du traitement non-opératoire, disons *qu'un peu plus de la moitié des cas de salpingo-ovarite ne nécesite aucune intervention opératoire*. La signification de ce fait saute aux yeux et il importe de l'accentuer puisque dans ces derniers temps encore on a proclamé qu'il est d'une bonne chirurgie d'enlever les annexes quand elles sont malades.

Dans les cas rebelles au traitement médical décrit ci-dessus, que

peut-on faire? Il y a d'abord le traitement balnéaire, qui est d'une efficacité quelquefois surprenante, mais qui malheureusement n'est pas à la portée de toutes les bourses. Ce sont les bains de boue qu'il faut prescrire dans ces cas et d'après mon expérience ceux de Elster et de Franzensbad méritent la place d'honneur dans le traitement des salpingo-ovarites. Par contre les eaux salines ne méritent pas du tout la réputation qu'on leur a faite à ce sujet. Il y a une parcelle de vérité et même davantage dans la boutade suivante que j'entendis un jour d'un médecin d'une station balnéaire saline. «Si jamais vous avez une malade qui s'oppose à la salpingectomie proposée par vous, envoyez-la moi. Elle vous reviendra avec des douleurs tellement fortes qu'elle vous suppliera de l'opérer le plus tôt possible».

L'électricité ne paraît pas donner de résultats satisfaisants et la ponction électrique, préconisée par Apostoli, agissant absolument à l'aveuglette doit être rèjetée tout autant que le massage. Ce dernier moyen, précieux dans quelques cas rares de restes non-suppurants de paramétrite (cellulite pelvienne), est excessivement dangereux dans les cas de salpingo-ovarite rebelle, où l'on n'est jamais sûr qu'il ne se trouve pas un foyer purulent dans la masse inflammatoire intra-péritonéale.

Il y a enfin, avant d'en venir aux opérations proprement dites, la méthode de Walton-Doléris, qui consiste dans la dilatation large et permanente de l'utérus avec curettage et traitement topique de la surface de la cavité utérine. Cette méthode paraît tomber en oubli et, à mon avis, ce n'est que juste. Pour qui connaît l'anatomie des salpingo-ovarites, pour qui se rappelle qu'il ne s'agit généralement pas d'un abcès simple mais au contraire d'abcès multiples ne communiquant pas entre eux ou à peine, pour qui sait enfin que l'isthme tubaire, la partie la plus proche de l'utérus, n'est généralement pas distendu par le pus, il n'y a pas de doute possible que le déversement du contenu du sac tubaire dans la cavité utérine ne puisse s'opérer que très rarement.

La valeur de ce traitement, bien prouvé dans quelques cas, me semble résider surtout dans ce que la méthode Walton-Doléris agit de la même manière que le traitement médical décrit en activant la résorption des produits inflammatoires. Mais il n'y a pas à dire, c'est un couteau à double tranchant et il semble à priori, que l'on ait autant, sinon plus de chances de faire naître une exacerbation de l'inflammation intrapéritonéale que d'activer la résorption. C'est de ma part une objection toute théorique, mais elle m'a toujours paru si grave que je

n'ai jamais eu le courage d'essayer de la dilatation permanente dans les cas de salpingo-ovarite.

Reste donc le traitement opératoire.

Parlons d'abord du traitement radical. Dans les affections unilatérales, c'est la salpingectomie simple et qui se fait presque toujours par la voie abdominale. Je ne crois pas qu'il se trouve aujourd'hui un seul chirurgien qui soit encore de l'avis de Lawson Tait, qu'il faut toujours enlever les deux trompes, même dans les affections unilatérales.

Dans les affections bilatérales on a le choix entre la salpingectomie double, l'hystérectomie abdominale et l'hystérectomie vaginale. Puisqu'il ne s'agit pas, dans ce rapport, de chercher la meilleure méthode d'opération radicale des pyosalpingites, il n'est pas nécessaire que j'essaye de taxer la valeur relative de ces différents procédés. Ce qui importe, c'est d'être fixé sur trois points. Premièrement, le danger de ces opérations, deuxièmement, le résultat, surtout au point de vue des symptômes subjectifs et enfin les inconvénients adhérents à ces procédés.

Quel est le danger des opérations radicales? Une réponse exacte à cette question, si simple qu'elle paraisse, est extrêmement difficile à donner. Cela tient à ce que le danger augmente ou diminue selon que les indications de l'opération sont plus restreintes ou bien plus relâchées, comme c'est du reste facile à prouver. Je me servirai d'abord des mêmes chiffres dont s'est servi M. Bouilly (1) dan son remarquable rapport sur le traitement des suppurations pelviennes, présenté au Congrès de Genève.

Laparotomies, 1626 cas, 92 morts, soit 3,5 °/₀. L'ablation simultanée des annexes et de l'utérus par la laparotomie donne 4,6 °/₀ de mortalité.

Sur 32 pyosalpingotomies abdominales que j'ai faites depuis 1896 j'ai eu 7 cas de mort, soit 21,8 °/₀. La différence des deux chiffres est énorme et pourrait motiver la conclusion que je suis un opérateur extrêmement inhabile. Pour annuler cette conclusion trop hative (heureusement pour moi) je cite de la publication d'un de mes anciens assistants, M. Schouwman (2) que sur 27 salpingotomies faites de 1887 à 1890 je n'ai eu qu'un cas de mort, soit une mortalité de 3,7 °/₀. L'explication de l'écart entre mes deux chiffres personnels est simple. Dans la petite série de M. Schouwman, comme dans la grande sta-

(1) Comptes Rendus du Congrès de Genève. Gynécologie, I. page 56. 1897.

(2) D. Schouwman. Bijdrage tot de casuistiek der salpingotomie. Ned. Tijdschrift v. Verlosk. en Gyn. II. pag. 210. 1890.

tistique citée, se trouvent pêle-mêle toutes mes castrations abdominales pour affections annexielles, tandis que dans mes opérations faites depuis 1896, il ne s'agit que de pyosalpingotomies graves. J'insiste sur cette dernière qualification, car elle est importante. Depuis que j'ai pris la direction de la clinique gynécologique d'Amsterdam, le nombre relativement enorme des salpingo-ovarites que j'y ai traité m'a rendu de plus en plus conservateur, de sorte que je ne fais la salpingotomie que dans des cas exceptionnels, et encore faut-il qu'ils ne se prêtent pas à l'hystérectomie vaginale. L'importance du changement de mes indications ressort clairement du résultat, de tontes mes salpingotomies abdominales prises ensemble depuis 1896. Il y en a 53 avec 8 cas de mort, soit une mortalité de 15 %. La différence entre ces 15 % et les 3,7 % de la première série est trop grande pour l'expliquer seulement par le hasard et par le nombre trop restreint des cas; elle ne s'explique que par le choix des cas à opérer.

Dàns la même statistique citée par M. Bouilly, il se trouve sur 1113 hystérectomies vaginales, 39 morts, soit 3,5 %. Pour cette opération, aussi, mes tendances conservatrices qui réservent l'hystérectomie pour les cas exceptionnels se font sentir. Sur 32 cas opérés depuis 1896 j'ai eu 2 morts, soit une mortalité de 6 %. (Je ferai déjà remarquer, ici, que mes hystérectomies secondaires, après insuccès de la colpotomie, n'ont pas donné de cas de mort).

Voyons encore quelques autres chiffres pris un peu au hasard dans des publications de différents opérateurs.

N. Boldt (1) a sur 67 pyosalpingotomies, 7 cas de mort, soit 10,4 %; sur 112 cas de salpingotomies de toutes les sortes, 8 cas de mort, soit 7,1 %.

M. Schauta (2) a sur 290 pyosalpingotomies, 17 cas de mort, donc une mortalité de 5,8 %.

M. Jacobs (3) a sur 51 pyosalpingotomies, 3 cas de mort, soit 6 %; sur 214 cas de salpingotomies de toutes les sortes 8 cas de mort, soit 3,7 %.

Pour l'hystérectomie vaginale la statistique de M. Segond, publiée par M. Baudron (4) donne sur 114 cas de lésions suppurées 13

---

(1) H. J, Boldt, Salpingo-oophorectomy and its results. Médical Record. 1890.

(2) K. A. Herzfeld, Klinischer Bericht über tausend Bauchhöhlen-Operationen. Wien. 1895.

(3) Ch. Jacobs, 1896 Laparotomies. Bull. de Gyn. et d'Obstétrique. Juin 1899.

(4) E. Baudron. De l'hystérectomie vaginale, Paris 1894.

cas de mort, soit une mortalité de 11,4 %. Sur 82 opérations de lésions nonsuppurées, la mortalitée fut nulle, donc en tout une mortalité de 13 sur 196, soit 6,6 %.

J'ai puisé à dessein ces chiffres dans l'arsénal de ceux qui sont partisans du traitement radical, afin de ne pas trop assombrir le tableau.

La conclusion de tout ceci me semble être que les opérations radicales, tant abdominales que vaginales donnent une mortalité de 5 à 6 pour cent au moins.

Envisageons, maintenant, la seconde question; celle des résultats au point de vue surtout de la guérison subjective.

M. Veit (1) arrive à la conclusion que par la salpingotomie abdominale à peu près 85 % les malades sont plus ou moins complètement guéries.

M. Delbet (2) a trouvé sur 85 observations 45 guérisons complètes, 31 guérisons incomplètes et 12 insuccès, ce qui donne 54 % de guérisons complètes.

A. M. Richelot (3) la castration vaginale totale a donné 94 % de guérisons définitives et la laparotomie 64,5 %.

Pour l'hystérectomie, le chiffre des guérisons complètes obtenues par M. Segond ne diffère pas sensiblement du précédent, étant 92 pour cent.

M. Boldt (4) arrive à 56 % de guérisons complètes par la laparotomie. Ajoutons, enfin, que dans la thèse de M. Baudron il se trouve une liste de résultats éloignés publiés par les laparotomistes, dans laquelle le taux des guérisons complètes varie entre 31 et 91 %.

La difference de ces chiffres que l'on pourrait augmenter à volonté ne laisse pas d'étonner un peu à première vue. Elle s'explique, partiellement, par une supériorité assez bien marqué de l'hystérectomie sur la laparotomie, mais elle prouve surtout que le critérium de la guérison complète n'est pas le même pour tous les opérateurs. Si ceux qui ne notent que 31 % de guérisons complètes peuvent être qualifiés de pessimistes, par contre, il faudra traiter d'optimiste celui qui arrive à avoir 94 % de guérisons complètes. La vérité se trouve probablement entre les deux, quoique d'après ce que j'en ai vu moi-même

(1) J. Veit, Erkrankungen der Tube. Handbuch der Gynaekologie III, 2. pag. 828.
(2) Veit, l. c.
(3) Pauchet, Hystérectomie vaginale et laparotomie pour lésions des annexes de l'utérus. Thèse, Paris, 1896.
(4) l.c.

plutôt vers le côté optimiste. S'il n'est pas possible de fixer les chances de guérison complète par un chiffre exact, il faut en tout cas convenir qu'elles ne sont nullement certaines, de sorte que l'opération la plus radicale dans le sens anatomique ne l'est pas toujours dans le sens clinique.

Enfin, il y a la question des inconvénients, des désavantages des opérations radicales. Sur ce point il n'y a pas de divergence d'opinions.

Pour la laparotomie, il y a d'abord le danger des hernies ventrales qui se chiffre toujours, quoique l'on fasse pour la suture des parois abdominales, entre 10 et 20 %.

Pour l'hystérectomie et pour la salpingectomie bilatérale viennent ensuite les symptômes de la ménopause anticipée. Ces symptômes bien connus et étudiés d'une manière parfaite dans ces dernières années par M. Jayle (1) et par M. Werth (2), pour ne pas en citer d'autres, ne manquent presque jamais. Pour le chirurgien optimiste ce ne sont que des «ennuis», mais il faut, en vérité, avoir un optimisme robuste pour ne pas appliquer un terme plus fort aux bouffées de chaleur, à la perte de mémoire, aux modifications du caractère, aux troubles de la nutrition, aux troubles neurasthéniques, etc.

Toutes ces suites de la castration se présentent à peu près sans exception quoique pas toujours dans le même degré. Leur durée est variable, et la certitude n'existe pas qu'elles se perdent dans deux ou trois ans. Les cas dans lesquels elles se trouvent être durables ne sont pas rares.

Je n'ai pas mentionné, sous ce rapport, la stérilité. En effet, elle n'est ici que d'une importance secondaire. Dans les cas de pyosalpingite double, elle existe par le fait de la maladie et l'opération, radicale ou non, ne peut rien y changer. Dans les affections unilatérales au contraire, tout le monde est d'accord, du moins en principe, qu'il faut faire des opérations partielles. Malheureusement, ce n'est qu'en principe qu'on est d'accord. Evidemment, on veut respecter et on respecte ce qui est sain. Mais, nous savons tous combien c'est rare de trouver d'un côté une pyosalpingite et de l'autre côté une trompe vraiment saine. Aussi, on trouve dans les observations exactement décrites de tous ceux qui préconisent les opérations radicales, des cas dans lesquels la maladie, en vérité était bilatérale, mais où d'un côté ou de l'autre la guérison complète avec perméabilité de l'oviducte eut été

(1) F. Jayle, Effets physiologiques de la castration chez la femme. Revue de Gyn. et de Chir. abd. 1897, page 403.

(2) R. Werth. Unters. über den Einfluss der Erhaltung des Eierstocks etc. Klin. Jahrbuch. 1902.

parfaitement possible. Dans ces cas-là, stérilité est causée par l'opération et cela sans aucune nécessité, donc il faut alors l'inscrire au passif de l'opération. Que cette accusation n'est pas faite à la légère, tout le monde le sait aussi bien que moi. Pourtant, je tiens à la justifier en citant un passage du discours qu'a fait M. Macnaughton Jones à la séance du 14 Novembre dernier de la British Gynæcological Society (1). «Etant donné un cas de maladie annexielle dans lequel les annexes sont sérieusement affectées, la possibilité d'une maladie partielle des annexes du côté opposé doit être discutée soigneusement avec la malade, et il faudra s'assurer de sa volonté bien déterminée au sujet de la conservation ou de l'extirpation de celles-ci. Il faut lui faire connaître la possibilité d'une seconde laparotomie; il ne suffit pas que le chirurgien soit livre de faire ce qu'il juge nécessaire mais il faut encore qu'il connaisse la volonté arrêtée de la malade, après lui avoir donné une explication aussi claire que possible sur les avantages et les inconvénients des deux conduites à suivre. S'il existe un doute raisonnable sur l'état futur des annexes en question, je crois que la meilleure voie à suivre est de les enlever, pourvu toutefois que la malade ait donné son plein consentement à ce procédé, lorsqu'il est jugé nécessaire».

Et bien, je commence par dire à M. Macnaughton Jones que je n'hésite pas un instant à le classer dans la dernière des quatre catégories de gynécologues qu'il admet—les coquins, les imbéciles, les ignorants et les honnêtes—mais je me permets de douter qu'il lui arrive souvent d'épargner des annexes qui ne sont pas *absolument saines*. Dans les paroles citées de M. Macnaughton Jones, paroles pleines d'une franchise qui honore celui qui les exprime, je trouve une preuve de la justesse de mon observation: qu'il faut dans certains cas mettre la stérilité au passif du traitement opératoire des maladies annexielles.

En résumant ce qui vient d'être dit, il faut constater que les opérations radicales des salpingo-ovarites présentent:

a). Un danger de mort qui doit être évalué au moins à 5 ou 6 pour cent;

b). Quelques chances plus ou moins grandes de ne pas donner un soulagement complet à la malade;

c). La certitude de suites éloignées désagréables qui peuvent être au moins tout aussi gênantes que les plaintes qui ont occasionné l'opération.

---

(1) H. Macnaughton Jones The propriety of conservative «opérations» in certain cases of adnexal disease demanding abdominal coeliotomy, Med. Press. Nov. 19. 1902.

A côté de cela, quel est le bilant des opérations conservatrices? Pour répondre à cette question, il faut d'abord la diviser en plusieurs parties et se demander:

1.° Quelles opérations conservatrices doivent être prises en considération?

2.° Quels en sont les danger?

3.° Quels en sont les résultats? Et enfin, pour arriver au bilan exact à opposer à celui des opérations radicales:

4.° Quels sont les cas auxquels les opérations conservatrices sont aplicables?

Par la voie abdominale on peut faire:

a). La libération de la trompe des adhérences qui l'enclavent, en faisant ensuite, si l'on veut, la salpingorraphie (Pozzi).

b). La résection de la trompe (A. Martin).

c). La salpingostomie (Skutsch).

d). La combinaison de la salpingostomie et de la salpingorraphie, la salpingo-ovaro-syndèse Clado).

e). La salpingectomie suivie de la transplantation de l'ovaire dans le tissu utérin (Palmer Dudley).

Par le vagin, on peut se frayer le chemin aux collection tubaires au moyen de la colpotomie postérieure, antérieure ou latérale, afin de traiter ensuite les annexes malades de la manière convenable à chaque cas.

Afin de pouvoir répondre à la seconde question: celle du danger, il est, pour le moment, inévitable de comprendre dans la même statistique toutes les diverses opérations conservatrices abdominales. De cette manière, seulement, il est possible d'arriver à un chiffre assez élevé pour ne pas être trop influencé par le hasard.

J'ai pu trouver ainsi 101 observations d'opérations conservatrices abdominales (1) avec deux cas de mort.

Pour la colpotomie je n'emploierai que mes propres observations dont le nombre est déjà assez élevé pour prétendre d'être mis au rang des grandes statistiques demandées par M. Bouilly, lors du Congrès de Genève. La colpotomie faite dans 118 cas de pyosalpingite ou de hydrosalpinx m'a donné deux cas de mort.

Le danger mortel des opérations conservatrices abdominales paraît donc être environ 2°/₀, celui de la colpotomie n'est pas audessus de

(1) Dans cette statistique les opérations conservatrices sur l'ovaire ne sont pas comprises.

1.75 °/₀. Cette mortalité insignifiante de la colpotomie acquiert encore plus de valeur par la raison suivante. Ces 118 colpotomies ne représentent pas des cas choisis, au contraire. Depuis plus de trois ans je fais toujours la colpotomie quand il y a une indication de traitement opératoire des tumeurs inflammatoires annexielles. Ce ne sont donc pas seulement des cas légers, bien au contraire; comme j'emploie presqu'à outrance le traitement medical, ainsi que je l'ai dit plus haut il ne me reste donc pour le traitement opératoire que les cas aigus, très graves et les cas chroniques très rebelles. En faisant remarquer en outre que mes deux cas mortels furent des cas d'infection aiguë, j'ai donc bien le droit d'opposer mes 1.75 °/₀ de mortalité aux 5 à 6 °/₀ des opérations radicales.

A côté du danger mortel, il faut signaler pour les opérations abdominales celui des hernies ventrales, qui est de toute nécessité le même que dans les opérations radicales.

La colpotomie postérieur ne présente que le danger de la blessure du rectum, danger qui n'est pas plus grand que dans l'histérectomie vaginale, de sorte, qu'ici, pas plus que là, il ne doit entrer en compte.

Pour la réponse à la troisième question: quels sont les résultats éloignés des opérations conservatrices? nous nous heurtons à la même difficulté que pour l'évaluation des résultats éloignés des opérations radicales. Donc, ici, les chiffres ne seront probants, pas plus qu'ils ne l'étaient tout-à-l'heure.

Sur les 101 cas d'opérations conservatrices abdominales, il y en a 74 dans lesquel le résultat éloigné est indiqué. Onze fois on a noté un résultat mauvais et dans quatre de ces cas, on a dû faire une opération radicale secondaire. Pour les 63 autres, le résultat est noté comme satisfaisant, bon, ou même excellent, ce qui équivaudrait à 85 °/₀ de guérisons, complètes. Ce chiffre élevé s'explique probablement, en partie, par l'optimisme des opérateurs qui se montre plutôt quand il s'agit de quelques cas isolés, que lorsqu'on dispose d'une série un peu importante. D'autre part, le grand nombre des guérisons complètes tient certainement à ce que les opérations conservatrices abdominales sont pour la plupart faites dans des cas choisis et peu graves en soi.

Sur mes 118 colpotomies, il y en a d'abord 14 dans lesquels le résultat a été franchement mauvais. Parmi ces 14 cas se trouvent 2 femmes qui auraient probablement pu guérir par une seconde colpotomie mais qui n'en ont pas voulu, et une autre chez laquelle l'état local ne présente plus rien d'abnormal, mais qui continue à souffrir d'une né-

vralgie pelvienne. Quatre fois la continuation de l'inflammation tubaire a nécessité une opération radicale secondaire. Les 7 cas qui restent représentent le contigent de la salpingite tuberculeuse qui m'a donc toujours donné un résultat mauvais et pour laquelle j'ai fait trois fois l'hystérectomie secondaire.

Pour les autres cas, je n'ai réussi à avoir des nouvelles que de 31 de mes opérées dont l'opération date de plus d'un an au moins. De ces 31 cas, la guérison fut complète dans 18, presque complète dans 11. Les deux autres sont des insuccès complets. D'après ces données, il est probable que la grande majorité des autres opérées est guérie aussi, surtout parce que les femmes guéries incomplètement sont presque toutes revenues nous consulter à la policlinique, tandis que nous avons dû faire des recherches, comme l'on voit assez infructueuses, pour trouver les autres.

Mais, ce qui a bien plus d'importance que ces chiffres—toujours plus ou moins arbitraires—des guérisons complètes, c'est que toutes les malades, exception faite des 7 auxquelles j'ai fait une opération radicale secondaire, ont échappé aux misères multiples de la ménopause anticipée. Parmi elles il n'y en a pas moins de 30 qui sans aucun doute, selon des idées généralement acceptées, auraient dû être soumises à hystérectomie totale. Afin de ne pas rendre ce rapport trop long, je renvoie pour la preuve de cette dernière assertion aux Annales de Gynécologie et de Chirurgie abdominale (1) dans lesquelles 16 de ces cas sont décrits d'une manière assez détaillée pour permettre un jugement objetif. Parmi ces femmes il y en eut:

de 17 ans	1
» 20 »	6
» 21 à 25 ans	9
» 26 » 30 »	8
» 31 » 35 »	3
» 37 ans	1
» 42 »	1
» 45 »	1

C'est là que se trouve le grand avantage, la véritable supériorité des opérations conservatrices sur les opérations radicales.

Disons enfin un mot sur la fertilité des opérées. Quand il s'agit de maladies unilatérales, les grossesses ne sont pas rares, ni après les opérations abdominàles, ni après les interventions par voie vaginale. Pour les premières, je renvoie à la thèse de M. Jarsaillon (2); pour les se-

(1) Tome VI. 1900. page 1.
(2) L. Jarsaillon. De la salpingostomie, Paris, 1899.

condes, aux publications de M. Fraipont (1) et de M. Goullioud (2). Sous ce rapport, aussi, le succès des opérations conservatrices est incontèstable.

Avant de quitter cette troisième question, il me faut encore ajouter quelques mots à propos du danger des récidives, danger qui constitue la grande pierre d'échappement des colpotomies. On ne saurait nier que ce danger existe, mais il est bien moindre qu'il ne l'était autrefois, grâce à la technique moderne plus ardie et surtout plus complète. L'incision simple, suivie de drainage, ne peut évidemment suffire que dans les cas—plutôt exceptionnels—de l'existence d'un simple sac purulent. Dès qu'il y a plusieurs poches séparées par des cloisons de la paroi tubaire oedématiée, l'incision de la poche principale ne suffit pas et rend les récidives presque inévitables. Mais, quand on fait, ainsi que l'a conseillé Laroyenne, un débridement soigné de toutes les cloisons que le doigt peut atteindre, les chanches de guérison par granulation augmentent de beaucoup. Par ci, par là, il faudra faire une seconde colpotomie. bientôt après la première, mais une fois que tout le pus est évacué, les parois tubaires malades se trouvent dans les meilleures conditions possibles pour une guérison tant soit peu radicale. Evidemment ce n'est pas, ce ne sera jamais une restitution ad integrum, pas plus que dans la majorité des cas guéris par le traitement médical. Mais après la salpingectomie, après, l'hystérectomie arrive-t-on à cela? Encore moins que par le traitement conservateur, qu'il soit médical ou chirurgical.

Si la récidive rapide, preuve d'une évacuation incomplète nécessitant une seconde colpotomie, arrive assez souvent, les récidives tardives, celles qu'on doit appeler les vraies récidives sont au contraire assez rares. Mais, même si elles étaient plus frequentes, il n'y aurait pas là un argument de grande valeur contre la colpotomie. En répétant la même opération inoffensive on peut aisémcnt venir à bout de ces cas récidivants.

Plus fréquente que dans les cas de pyosalpinx est la récidive dans les hydrosalpingites. Le fait en lui-même n'a rien d'étonnant mais il doit être signalé dans le but de préciser les indications des différentes opérations et de donner ainsi la réponse à la quatrième question.

Parmi les opérations abdominales, la libération de la trompe suivie — ou non — de la salpingorraphie sera une opération pour ainsi dire

(1) F. Fraipont. Douze cas de grossesse après salpingo-ovarite et pelvipéritonite suppurée, Liège, 1894.

(2) Goullioud. Cas de grossesse chez des opérées pour salpingo-ovarite. 8e Congrès français de chirurgie, 1894.

accidentelle. Il est difficile de s'imaginer une indication raisonnable de la laparatomie, là où il n'y a pas autre chose à faire qu'une salpingorraphie. Ce sera donc surtout, sinon uniquement, dans le cas d'une salpingectomie unilatérale qu'on aura l'occasion de libérer l'autre trompe de ses adhérences et de la fixer à l'ovaire.

L'opération de M. Palmer Dudley: salpingectomie avec transplantation de l'ovaire, ne sera ni nécessaire ni possible que dans des cas très exceptionneles. Ce n'est du reste qu'une tentative intéressante et hardie et même son inventeur n'y voit pas une méthode de choix. Mais on fera bien de se la rappeler quand on veut faire des opérations conservatrices sur la trompe par la voie abdominale.

Les trois autres opérations: la résection de la trompe, la salpingostomie et la salpingo-ovaro-syndèse seront surtout indiquées dans les affections tubaires non purulentes. Il est vrai qu'on a fait la résection tubaire dans des cas de pyosalpinx et même dans des cas assez aigus (Palmer Dudley); mais cela n'empèche pas, tant qu'on ne peut pas avoir la certitude que le pus soit stèrile, que les opérations conservatrices abdominales présentent trop d'aléa pour les faire entrer dans la pratique courante. Mais dans les cas sans pus, ces opérations sont et trés bénignes et souvent très efficaces.

Quant à la colpotomie, il y a d'abord le choix à faire de la place de l'incision. Pour une opération conservatrice qui nécessite un traitement post-opératoire assez et quelquefois très long, la colpotomie antérieure me semble donner une complication inutile et gênante à cause du voisinage de la vessie du terrain opératoire.

L'avantage qu'offre la colpotomie latérale (Stratz (1), en donnant accès aux collections tubaires sans ouvrir le péritoine, a peu d'importance depuis que nous savons qu'il n'y a aucun danger à traverser la cavité de Douglas pour arriver à des pyosalpinx, même à contenu très infectieux, et à les ouvrir. Par contre le danger de blessure de l'uretère et de l'artère utérine, incontestable dans la colpotomie latérale et n'existant pas du tout dans la colpotomie postérieure, fournit une raison positive pour le choix de cette dernière méthode. Sur ce point, je suis tout à fait d'accord avec tous ceux qui font beaucoup de colpotomies pour les pyosalpinx. Je ne nomme que M. M. Dührssen (2), J. L. Faure (3), Goullioud (4), Lwoff (5) et De Wastén (6).

(1) Centralblatt f. Gyn. 1899. pag. 1166.
(2) Arch. f. Gyn. LX. pag. 426.
(3) Chirurgie des annexes de l'utérus, Paris, 1902.
(4) Arch. provinciales de Chirurgie, 1883.
(5) Frommel's Jahresbericht, 1897, pag. 162.
(6) Communication orale.

Le cul-de-sac postérieur une fois ouvert, on peut se servir soit des instruments de Laroyenne, soit du bistouri, soit des doigts. L'appareil de Laroyenne me paraît être superflu, quoiqu'il ait rendu et puisse rendre encore de grands services à celui qui a coutume de s'en servir.

Le bistouri ne peut être mis en usage que dans les cas où il y a moyen de rendre la tumeur accesible à la vue. Que l'on emploie le trocart de Laroyenne, ou le bistouri, toujours faudra-t-il, pour arriver à un bon résultat, que les doigts entrent dans la tumeur tubaire pour aller à la recherche des cloisons et les déchirer, s'il y a lieu.

Le plus simple est donc de se servir des doigts dès le commencement et de les employer aussi à la perforation de la paroi tubaire, s'aidant seulement d'une pince à pansement fermée lorsque cette paroi est trop résistante pour les doigts. La paroi tubaire perforée, on déchire toutes les cloisons que le doigt rencontre dans la trompe, on fait un lavage antiseptique et l'application d'un tampon de gaze iodoformée termine l'opération qui est d'une simplicité extrême.

Quant à la question: quelles sont les collections tubaires que l'on peut traiter par la colpotomie postérieure? la réponse est tout aussi simple. Toutes 1). Dans la série d'observations que j'ai publiée on trouve des affections anciennes tout comme des récentes, des tumeurs bilatérales aussi bien que des unilatérales, des cas opérés à froid et des cas opérés dans la periode aiguë, des lésions facilement accessibles et d'autres très haut situés, de petites tumeurs de même que des grandes, des cas compliqués de pelvipéritonite séreuse ou purulente et des cas dans lesquels le cul-de-sac de Douglas était libre de tout signe d'inflammation.

Il va sans dire que le résultat définitif ne sera pas également bon dans tous les cas; j'ai déjà signalé ce fait et j'y reviendrai dans mes conclusions.

En dressant, d'après ce qui précède, le bilan des opérations conservatrices, on trouve que les opérations conservatrices des salpingo-ovarites présentent:

a) Un danger de mort qui doit être évalué tout au plus à deux pour cent;

b) Quelques chances plus ou moins grandes de ne pas donner un soulagement complet à la malade;

---

(1) Il n'y a qu'une seule exception à faire, savoir pour les grands sacs tubaires qui se trouvent, libres de toute adhérence, au dessus du détroit supérieur. Mais ces cas sont tellement exceptionnels qu'il est permis de ne pas en tenir compte ici.

c) Quelques chances aussi d'être insuffisantes et de nécessiter une seconde opération, soit conservatrice, soit radicale;

d) La certitude de ne pas procurer à la malade une nouvelle maladie, sous la forme de la ménopause anticipée.

En comparant ce bilan à celui des opérations radicales donné plus haut, le choix ne me paraît ni difficile ni douteux et les conclusions suivantes s'imposent.

I. Contre les salpingo-ovarites le traitement dit médical suffit au moins dans la bonne moitié des cas.

II. Le traitement médical étant insuffisant ou contre-indiqué, on ne doit *jamais* faire d'emblée une opération radicale, n'importe laquelle.

III. La première étape opératoire doit être *toujours* la colpotomie postérieure.

IV. Lorsque par la colpotomie postérieure on a découvert qu'il s'agit d'une affection tuberculeuse, il faut faire l'hystérectomie aussitôt que possiblo.

V. Dans les cas d'hydrosalpinx rebelles à une colpotomie répétée et qui nécessitent une autre intervention, et dans les cas où on veut essayer de remédier à la stérilité de la femme, les opérations conservatrices abdominales (résection, salpingotomie, salpingo-ovarosyndèse) sont indiquées.

VI. La salpingorraphie doit être reservée comme opération accessoire au cours d'une laparotomie faite pour n'importe quelle autre indication.

LA CHIRURGIE CONSERVATRICE DES LESIONS ANNEXIELLES

Rapport de Mr. GRANVILLE BANTOCK (London)

Hace ya años que el tratamiento conservador de las lesiones anexiales. ha sido tema discutido. Cuestión es esta, que se ha considerado bajo dos puntos de vista diferentes. El primero se basa en el deseo de evitar la necesidad de una segunda operación extrayendo el órgano por mera sospecha de que la enfermedad esté latente.

La idea que domina en el segundo caso, es atacar el órgano que se sospecha está enfermo, á fin de detener el progreso del mal y así ha cer posible la conservación del órgano. Ambos procedimientos pertenecen á la cirurgía conservadora, por más que en apariencia, sean diametralmente opuestos.

Se mantenía en primer lugar como resultado de la experiencia, que si un ovario está dañado, el otro debía hallarse muy propenso á estarlo también.

Este modo de raciocinar, halló arraigo á consecuencia de ver con cuanta frecuencia, en todas las ovariotomías de que se tiene conocimiento, había habido necesidad de efectuar una doble operacion en la que, la evidencia de lesión no podía, de ningún modo, negarse.

Acontece esto, especialmente en el caso del tumor Colideo. Mi propia lista muestra esto en grado notable.

En gran mayoría de casos de este género, se veía claramente que el segundo ovario estaba afectado, y en una ocasión, tuve que hacer una segunda operación en el curso de tres años.

Se acostumbraba á usar el mismo argumento tratándose de la trompa de Falopio aún con mucho más vigor y el difunto Señor Lawson Tait, tenía la opinión decidida de que en caso de gestación ectópica, era deber del cirujano el extirpar las dos trompas á fin de que no pudiese repetirse tal cosa en la otra trompa. Probaba su teoría por medio de varios ejemplos y con la práctica que había adquirido en casos análogos.

Cuando una de las trompas de Falopio forma el núcleo del proceso de inflamación sucede muy raramente que la otra trompa esté inmune de contagio y en su consecuencia la operación tiene naturalmente que ser doble. Esto se comprende fácilmeute. Las trompas de Falopio forman la continuación del útero, no solamente por contigüidad, sino también por continuidad de formación, en lo que se refiere á sus tejidos, á sus cavidades y venas, y no existe evidencia para probar que la enfermedad inflamatoria acontece en las trompas sin haber una condición respectiva en el útero. Que yo sepa, no ha habido caso alguno de salpingitis ni de piosalpinx. sin existir previamente el proceso de inflamación en el útero.

Según la teoría admitida hoy, la Salpingitis se produce por el paso de los microbios desde el útero á la trompa, por coutinuidad de tránsito. Es casi innecesario que diga que yo no acepto esta opinión y que la considero como una mera presunción basada en la doctrina de origen micróbico de las enfermedades, lo que ya en otro lugar he demostrado que no puede mantenerse. Sea esto como quiera, las observaciones clínicas confirman la opinión que más arriba expongo respecto á quedar implicados ambos órganos—el útero y la trompa—cuando se halla que esta última está dañada.

Si pues, al operar en un caso de quiste en el ovario, se ve que el segundo ovario presenta señales evidentes de enfermedad, entonces es

el deber de la verdadera cirugía conservadora el extirpar ese órgano. En mi opinión esta práctica es aplicable con igual fuerza al caso de la trompa de Falópio.

Por otro lado, el segundo principio de tratamiento, como ya he dicho, tiene como mira el tratamiento del órgano que se sospecha estar dañado, á fin de atajar el mal y hacer posible la conservación de dicho órgano.

El principio fundamental es el mismo, ya se emplee la ignipuntura ó se proceda á la extirpación de la parte que se sospecha estar dañada.

Ahora bien; es cosa difícil el decir desde el principio de la enfermedad si el ovario está dañado ó no. A esta clase con especialidad se ha dirigido este tratamiento y no me hallo completamente satisfecho respecto á que esta sea una base firme. No basta citar un número limitado de casos en los que la impregnación ha seguido á esta operación. Este hecho de por sí parece más bien apoyar mi objeción de que estos órganos no eran el asiento de ninguna enfermedad absolutamente. En muchos casos de ovariotomía he abrigado serias dudas respecto á la condición del segundo ovario, pero una vez tan solo tuve que poner esta costumbre en vigor, evacuando un gran folículo Grafiano que estaba probablamente á punto de reventar. Cual fué el resultado final, nunca lo he sabido. Ciertamente no pude fundar argumento alguno en favor del procedimiento en este caso.

Por otra parte, muy frecuentemente me han asaltado serias dudas, especialmente en casos de jóvenes casadas y me he abstenido de intervenir, con los mejores resultados. Recuerdo un caso en particular en el que, después de extirpar un tumor dermoideo de unas tres libras de peso, la condición del otro ovario era tal, que me produjo los temores más graves, hasta que, algunos meses después, supe que la operada había entrado en estado de preñez.

Esta paciente continúa hasta hoy exenta de enfermedad. Es un hecho notable que en aquellos casos en que he tenido que operar una segunda vez no había la más remota sospecha de enfermedad al tiempo de la primera operación.

Los intervalos entre la primera y segunda operación variaron de diez y ocho, once, tres y un años. En el caso en que el intervalo fué de once años, la paciente tuvo gemelos, uno de cada sexo, diez y ocho meses después de la primera operación.

Hay un tercer punto de vista bajo el cual puede considerarse esta cuestión, á saber: la idea de que el ovario es manantial de una secreción interna que es util á la economía del cuerpo, y que por esto de-

bería dejarse por lo menos un ovario en casos de completa histerectomía. Se dice que esta práctica facilita la menopausia. Me permito repetir aquí lo que más de una vez he dicho en otras ocasiones, que no existe ni un átomo de evidencia en apoyo de la opinión de secreción interna. No es más que un esfuerzo de la imaginación.

Por otra parte, la experiencia nos muestra que la menopausia no se afecta beneficiosamente. Recientemente he constatado un caso de ovariotomía, siete años después de una completa histerectomía. En este caso, ambos ovarios, que parecían estar perfectamente sanos, Efueron dejados.

sto no obstante, los síntomas de la menopausia fueron extraordinariamente severos y graves. Este hecho y la ocurrencia de enfermedad después de tantos años provee un fuerte argumento contra esta costumbre. La idea ha descendido hasta nosotros desde aquellos tiempos en que la patología de los órganos sexuales estaba en un caos que con el «Cambio de vida», la mujer tenía nécesariamente que sufrir. Investigaciones cuidadosas, sin embargo, muestran que la mayoría de las mujeres no sufren inconveniente alguno, y que cualesquiera síntomas que se presenten, son debidos á la cesación de la menstruación.

Con respecto al estado de hidrosalpinx y á la operación de salpingostomía, mi propia experiencia no es favorable; no aparece tampoco que los resultados generales de la operación sirven de apoyo á esta práctica. Cuando consideramos que, para producirse hidrosalpinx es preciso que haya obstrucción en ambas extremidades de la trompa y mientras que puede ser bien factible restaurar las aberturas, sin embargo, el abrir el extremo uterino no es cosa tan fácil de ejecutar. A este fin el difunto Dr. Mundé propuso la cateterización del tubo hasta llegar al interior del útero, pero sus resultados no parecen apoyar tal práctica, y no es razonable el suponer que una sola cateterización, aún si fuese practicable, podría efectuar la curación.

Una larga experiencia me ha demostrado que usualmente se considera al ovario como el asiento de enfermedad, es decir, (inflamación) cuando la paciente se queja de dolores en la región de ese órgano.

He aquí la razón por que oímos hablar tanto de ovaritis aguda y crónica. Estoy convencido que en estos casos el útero es el verdadero «fons et origo mali», y que el dolor es el reflejo; lo que está confirmado por el hecho de que la inspección del útero indica la congestión de este órgano, y que á medida que esta condición disminuye cesa el dolor.

Es muy raro que el dolor de la congestión uterina se refiera al útero propiamente dicho y cuando se pasa la sonda en la cavidad ó que durante el exámen la cerviz se toca con el dedo, tenemos un medio seguro de determinar el origen del dolor. Además, en estos casos el ovario no es más sensible que de costumbre.

Una palabra de protesta contra esa manía de operar—*el cacaothes operandi*—que caracteriza la cirugía ginecológica en la actualidad. Yo he salvado de la operación un número considerable de casos condenados principalmente por creerse que existía una supuesta enfermedad en el ovario—ó ambos ovarios—y en algunos de estos casos la paciente ha tenido hijos desde entonces, y todas dichas pacientes aun están con vida y buena salud. También he visto muchos casos en los que era grandísima la evidencia clínica, indicando enfermedad inflamatoria aguda en los apéndices; pero las señales y los síntomas desaparecieron todos, merced á un tratamiento adecuado y no puedo menos de creer que en muchos se practican operaciones sin justificación suficiente.

Deduzco por lo tanto las siguiente conclusiones:

1. Que es el curso de una ovariotomía, la verdadera cirujía conservadora en el extraer el segundo ovario si muestra enfermedad palpable,

2. Que en el caso de gestación ectópica ó de Salpingitis sea aguda ó crónica, es prudente, en la mayoría de los casos, sino ya en todos, efectuar la doble operación.

3. Que el uso de la ignipuntura ó resección parcial de un ovario que se sospecha estar dañado, no se funda en hechos específicos.

4. Que no es verdadera cirujía conservadora dejar un ovario en casos de histerectomía completa.

Finalmente:

Que la Salpingostomía no me parece tener ninguna pretensión para ser considerada como una operación digna de aceptarse.

LA CHIRURGIE CONSERVATRICE DES LESIONS ANNEXIELLES

RAPPORT

del Dr. M. A. FARGAS (Barcelona).

SEÑORES:

Es contrario de los principios de buena cirugía no hacer lo posible para respetar la función de todo órgano; cuando para curar una enfermedad sacrificamos por completo un órgano, demostramos palmariamente nuestra impotencia.

Las funciones del aparato genital femenino no son ciertamente tan baladíes que puedan despreciarse y podamos, al estudiar las intervenciones quirúrgicas sobre el mismo, prescindir de su conservación, buscando la manera más fácil, elegante é inocua de extirpar todo el aparato genésico.

Por lo menos en nuestro pais, la idea de dejar á la mujer asexuada ó sin los atributos propios del sexo, es muy mal acogida por los interesados, y con frecuencia rechazan una intervención que aceptarían buenamente si no llevase consigo una mutilación trascendental. Nosotros sabemos que muchas veces, por consecuencia de la enfermedad que motiva la indicación, se han perdido las funciones sexuales; pero la mujer no lo cree así, en tanto observa los signos exteriores del funcionamiento, caracterizados sobre todo por la menstruación. Esto aparte, no es menos cierto que con frecuencia se practican intervenciones en los genitales femeninos qus suprimen una función que se conservaba y habría podido conservarse todavía.

Yo entiendo que en este terreno nosotros los médicos no podemos ser los jueces, porque quien no posee una cosa, suele desconocer su valor: los verdaderos jueces son las mismas mujeres, y seguramente que si ellas pudiesen dar su voto, se practicaría más frecuentemente la ginecología conservadora. Recuerdo á este propósito que hace unos 18 años iba á practicar una laparotomía en una joven soltera, por un quiste del ovario muy adelantado, de modo que la enferma veía próximamente amenazada su vida; dos ó tres días antes de la intervención me suplicó que, si comenzada la operación encontraba los dos ovarios atacados, no la terminase y la dejase morir con su enfermedad; afortunadamente un ovario estaba sano, pero por desgracia después de la intervención no reapareció la menstruación hasta los tres meses y

durante este tiempo estuvo la enferma lipemaniaca, hablando siempre de suicidio, sin que pudieran disuadirla mis aserciones; al reaparecer la función menstrual se tranquilizó por completo y vivió satisfecha, aunque soltera, hasta hace dos años, en que murió tuberculosa.

Entiendo que lo único que autoriza al médico para abolir por completo funciones tan interesantes como las genitales, es que se trate de una indicación vital ó de enfermedades absolutamente incurables por otros medios. La frase será quizás demasiado cruda, pero creo que en este terreno hemos hecho verdadero *sport*, porque hemos sacrificado muchos aparatos genitales cuyo funcionamiento era todavía bastante perfecto.

No niego que hay cierto número de mujeres á las que interesa poco la conservación de su aparato sexual, y hasta algunas solicitan deliberadamente su supresión; pero esas, que ofrecen con ello un verdadero tipo de perversión moral, son las menos, y yo no quiero creer que haya ginecólogo que acceda á tales peticiones.

La mujer, por regla general, aprecia en todo lo que vale la conservación de las funciones sexuales y el ginecólogo está obligado á hacer cuanto esté en su mano para complacerla, porque, además, obrando así, pone la ciencia ginecológica á la altura debida; la cirugía ginecológica, como toda cirugía, sólo debe ser destructora cuando no puede ser conservadora.

Así se comprende que esta cirugía tenga tantos ginecólogos eminentes que la preconizan, sin que, cuando procede, retrocedan ante la mutilación más ó menos fatal de los órganos de la generación. Schœder, Martin, Olshausen, Hoffmeyer, Gusserow, Schatz, Pfannestiel, Chrobak, etc., en Alemania; Sinclair, Heywood, Smith, Gordon, Giles y otros en Inglaterra; Dudley, Balk, Keelly en América; Pozzi, Richelot, Delageniere, Hartmann, Monprofit y Schwartz, entre muchos en Francia, son partidarios de las operaciones parciales y de procedimientos de conservación siempre que pueden ser útiles y no se oponen á una curación radical de la dolencia.

No obedece esta ginecología conservadora á un principio romántico, sino al principio científico de respetar todos aquellos órganos y funciones cuyos sacrificio no es necesario.

Naturaleza de las lesiones anexiales.—Bajo este supuesto podemos dividirlas en neoplásicas, tróficas é infectivas.

En las afecciones *neoplásicas* de los anexos, depende de la índole de las mismas la posibilidad de practricar ginecología conservadora. Las

que revisten un carácter decididamente maligno, como el carcinoma, sarcoma y mixoma de los anexos, y aun los mismos tumores papilares, deben ser objeto de intervenciones radicales, porque con ellas nos ponemos más á cubierto de recidivas, y la función pierde su importancia cuando se trata de la salvaguardia de la vida. Para los quistes glandulares, Schrœder, al idear y praticar la resección ovárica, con notable éxito, demostró la posibilidad de conservar órganos tan importantes como los ovarios, y fué el primero én introducir en la práctica una operación conservadora sobre los anexos. Respecto á la conservación del ovario opuesto en los casos de cistoma, cuando no presenta alteración, ya Spencer Wells demostró su utilidad, y el sacrificio de un órgano por la posibilidad de que pueda enfermar, no ha formado nunca parte de ningún principio científico, Aun en los casos de cistoma de ambos ovarios, raro es que una porción, mayor ó menor, no se conserve en condiciones bastante aceptables para mantener sin peligro la función de la ovulación.

En las neoplasias benignas de los anexos cabe, por tanto, la ginécología conservadora, demostrado como está que una pequeña porción de ovario tiene virtualidad bastante para mantener la función genital y sus consecuencias.

Con el nombre alteraciones *tróficas* de los anexos pienso indicar esas pequeñas lesiones cuyo asiento se halla principalmente en los ovarios, y cuya etiología y patogenia son poco conocidas: degeneración quística de los ovarios, ovarios esclero-quísticos, cirrosis, hematomas, quistes vesiculares y del cuerpo amarillo, hipertrofia del ovario. Indudablemente que muchas de estas lesiones justifican por su rebeldía y los fenómenos que determinan la intervención quirúrgica, dada la benignidad que actualmente ha alcanzado; pero también es indudable que tales lesiones ha motivado multitud de castraciones completamente injustificadas. Raras veces las enfermedades que he mencionado anulan la función ovárica, sino que, por el contrario, ésta se conserva con más ó menos normalidad. Estos casos dan un gran contigente para la ginecología conservadora de los anexos, demostrado como queda que la ignipuntura, la resección ovárica, la evacuación de ciertos quistes, la castración unilateral, bastan para producir la curación de la dolencia conservando íntegra la función genital; díganlo sinó las observaciones numerosas de Martín, Pozzi, Dudley, Kelly, Monprofit y tantos otros, que han ido acumulando observaciones que demuestran palpablemente la posibilidad y necesidad de que sea el ginecólogo más respetuoso con órganos tan importantes como los ovarios. Con la etiqueta de degeneraciones ú

ovaritis quísticas, se han señalado centenares y aun miles de castraciones enteramente superfluas. Esas alteraciones son susceptibles de curación completa sin extirpar el órgano, conservándose íntegra la función genital.

Las lesiones *infectivas* de los anexos, son, sin duda, las que más se prestan á discusión y las que, aun hoy, con mayor frecuencia, parecen justificar una mutilación completa de los anexos. El principio sentado por Lawson-Tait de que las lesiones flogísticas de los anexos tienen gran tendencia á ser bilaterales, y los casos aducidos por dicho autor y otros, en los que, después de una laparatomía, al cabo de más ó menos tiempo, tuvo la enferma que sufrir otra, por la aparición en los anexos opuestos de daños análogos, hicieron buena la regla de que en las lesiones flogísticas la castración debía ser bilateral, y así se han sacrificado muchos anexos cuyas lesiones en el acto de la intervención no justificaban la mutilación. Esa regla, que todos los que llevamos algunos años de práctica en la realización de la cirugía anexional hemos observado, no puede ser absoluta, y debe modificarse, porque no es de rigor que ambos anexos deban ser siempre invadidos; cuando en una anexitis que demanda una intervención mutiladora, uno de los anexos no presenta lesiones bastantes para su sacrificio, deben respetarse si sa observan las reglas siguientes: 1.ª, que las intervenciones no sean excesivamente precoces, para que haya habido tiempo suficiente en que se demuestre la fuerza destructora é invasora de la afección; 2.ª, no olvidar que, aparte toda predisposición y contingencia, la mayoría de anexitis tienen su foco de origen en la vía mucosa, y que éste debe agotarse, si aun persiste, para preservar los anexos que fueron respetados: el nombre de Doleris no debe olvidarse al recordar estos hechos.

Por lo que acabo de decir, parece que yo entienda que las lesiones flogísticas de los anexos justifican siempre su extirpación, y que lo único que cabe esperar es que uno de los anexos se haya librado de la invasión infectiva. Mis creencias son muy distintas y la realidad de los hechos también.

Es un hecho absolutamente indiscutible que las infecciones más comunes de los anexos, la gonocócica, la vulgar ó estrepto-estafilocócica y la bacilar, se agotan frecuentemente, muriendo el germen y dejando tan solo los daños anatómicos producidos por sus efectos flogísticos. Los numerosos casos de curación espontánea y las muchas soluciones anexiales que se han podido demostrar eran completamente estériles, demuestran la verdad de lo que acabo de decir.

Al tratar, por tanto, de hacer cirugía conservadora en los casos de

lesiones flogísticas de los anexos, debemos conocer si las funciones anexiales se conservan después de determinadas infecciones para que valga la pena de que procuremos conservar dichos órganos. Bajo este punto de vista, los ovarios desempeñan dos funciones conocidas: la ovulación y la secreción interna, y la trompa la de órgano conductor del óvulo.

La infección bacilar es la única que parece gozar del privilegio de destruir en el ovario su función de ovulación. Es un hecho de observación diaria que la tuberculosis genital destruye la ovulación en cualquiera época de la vida: será por acción directa sobre la capa ovígena, dada su localización serosa, ó por efecto indirecto de la hipoplasia que precede ó subsigue á la infección bacilar del aparato genital, pero el hecho es casi constante. En cambio, el gonococcus, el estafilococcus y el estreptococcus no destruyen en el ovario esta función; respecto al gonococcus no cabe ser tan afirmativo, pues algunas veces llega á destruir la ovulación, pero no como hecho usual y corriente; las infecciones vulgares son las que menos destruyen dicha función, como puede comprobarse en ovarios supurados, en los que puede sorprenderse todavía la ovulación.

La secreción interna del ovario no está demostrado que desaparezca por causa de las infecciones del órgano. Frecuentemente se observan enfermas que, á consecuencia de bacilosis de los anexos, quedan amenorreicas y estériles, pero no presentan las señales y molestias de una menopausia prematura y que la extirpación del órgano produce; las demás infecciones parecen respetar esa secreción interna como respetan la ovulación.

Las funciones de la trompa, como órgano conductor, son sin duda, las que más sufren á consecuencia de las infecciones anexiales de cualquier clase que sean, La pérdida de sus funciones, como órgano contráctil, la alteración del epitelio, las adherencias que adquiere y, sobre todo, la obturación de sus orificios, particularmente del pabellón, inutilizan por completo la trompa como órgano conductor. Pero tampoco hay duda que muchas de estas alteraciones producen sus efectos de una manera secundaria y son susceptibles de ser combatidas eficazmente; las adherencias pueden destruirse, los orificios pueden destaparse, las colecciones evacuarse, y quizá reabsorbiéndose la infiltración de las paredes, pueda reconstituirse su epitelio y recobrar la capa muscular parte de su contractilidad perdida.

Es indudable, por consiguiente, que las infecciones anexiales respetan, en la mayor parte de los casos, las funciones fundamentales de los anexos, únicas que, una vez destruídas, no podemos rehabilitar,

como no sea recurriendo al injerto ovárico propuesto por Ckrobach y Knauer y realizado en la especie humana por Morris, Slass, Dudley y algunos otros; en cuanto á las funciones de la trompa como órgano conductor, son realmente las que más sufren, pero también son las que más fácilmente pueden corregirse, restableciendo la permeabilidad del órgano con nuestra intervención y gracias á las distintas operaciones que á tal objeto podemos realizar.

La cirugía conservadora de los anexos lleva consigo otra cuestión importantísima; supuesto que las lesiones definitivas que la infección origina son tanto mayores cuanto más tiempo persisten aquéllas ó más intensidad ofrecen, cabría quizás, por medio de una cirugía precoz, en los comienzos ó en plena evolución flogística, detener el desarrollo de las lesiones que son su consecuencia, para que no adquiriesen tanto desarrollo y sus efectos funcionajes fueran así menores.

Esa intervención preventiva está casi juzgada, excepto para aquel'os casos en que existe indicación vital ó en que puede emplearse un procedimiento benigno, aun dada la agudez de la infección; yo no tengo duda ninguna que la colpotomía posterior, preconizada recientemente por Treub y por Dhursen, llegará á constituir una operación preliminar de gran número de operaciones ginecológicas cuyo principal objetivo sea la curación funcional. Pero, aparte de estos casos, en los que la indicación va derechamente á producir sus efectos terapéuticos sobre la infección, no sobre las lesiones que son su consecuencia, el período flogístico de toda infección anexial no es el más abonado para las intervenciones conservadoras, por su gravedad, por no dirigirse á combatir lesiones definitivas y, finalmente, por la inseguridad de que, deteniendose el proceso flogístico, queden los órganos en el estado en que pueda haberlos dejado el ginecólogo; nuevos procesos flogísticos podrían utilizar todos sus esfuerzos. Dedúcese de sodo ello que el período más abonado para las intervenciones conservadoras en las infecciones anexiales, es cuando la virulencia de la infección ha desaparecido ó está casi agotada.

Exigencias de la técnica.—Las grandes mutilaciones del aparato genital femenino han alcanzado sin duda su mayor grado de acometividad. La castración total por vía abdominal ó vaginal podrá, sin duda, sufrir útiles mejoras en su técnica, aun habida cuenta de los expeditos y perfectos procedimientos de Doyen, Keelly, Delageniere, Martín y tantos otros. Hace escasamente treinta años comenzaron á ser del dominio de la cirugía las lesiones anexiales no neoplásicas, y la castración ovárica ó tubo-ovárica fué al principio la intervención obligada de toda lesión anexial de cualquiera naturaleza que fuese.

Pronto, por simples exigencias técnicas, la mayor parte de veces se añadió á la castración anexial total ó parcial la castración uterina, y los esfuerzos se dirigieron á idear procedimientos completos de mutilación tubo-ovárica, alcanzando en este terreno brillantez desusada los progresos de la técnica quirúrgica ginecológica.

¡Cuántas veces, por estar enfermos los anexos, se sacrificó inútilmente un útero sano, y al revés! Del mismo modo, la costumbre por una parte, y por otra la facilidad de formar del ovario y la trompa un cuerpo de enucleación, pedículizando los dos á la vez, han sido motivo para sacrificar un ovario sano, porque la trompa correspondiente exigía una intervención radical, ó han inducido á extirpar una trompa sana porque el ovario del mismo lado estaba afecto de una lesión más ó menos generalizada al órgano, annque limitada al mismo. En los quistes para-ováricos se sacrificó á menudo el ovario por simples facilidades técnicas. Obrando según una técnica de resultados rápidos y brillantes, y con objeto de evitar prácticas consecutivas de desagües y tratamientos post-operatorios, se sacrificaron anexos susceptibles de regeneración en ciertos casos de embarazo tubárico y aun en determinadas lesiones infectivas,

No debemos dejarnos seducir por esa cirugía artística poco respetuosa con los órganos genitales y sus funciones, y los perfeccionamientos técnicos deben dirigirse á practicar operaciones parciales, siempre que con ellas podamos alcanzar la curación de los estados patológicos, á la vez que la conservación ó restablecimiento de las funciones genitales.

La posición declive y el empleo de las distintas valvas abdominales hacen hoy fácil la exploración completa de los órganos pelvianos y permiten disecciones finas y limitadas, suturas, cauterizaciones y toda clase de pequeñas intervenciones en los órganos genitales internos, que han de constituir sin duda el tratamiento quirúrgico de elección en muchas lesiones de los anexos.

Condiciones de la función genital.—Por lo que toca al ovario, sabemos positivamente que una pequeña porción conservada basta para que persistan, al parecer sin mengua ninguna, sus funciones de secreción interna y ovulación. Los casos clínicos de extirpación de un ovario y resección extensa del otro, en los que las funciones sexuales no han presentado alteración, son numerosos y de todo punto indiscutibles. Lo que no está comprobado es si la virtualidad del órgano ovárico es tal que baste una pequeña operación para mantener sus funciones, ó si en los casos en que se deja una pequeña porción de ovario, ésta sirve para la regeneración parcial del órgano; en este terre-

no, los únicos datos positivos que conozco son los de Ridone, quien, experimentando en conejos, ha demostrado que el ovario, como otras glándulas, es susceptible de regeneración, si no total, por lo que al volumen se refiere, por lo menos parcial.

Los hechos experimentales de Ridone y los numerosos casos clínicos en que quedó una pequeñísima porción de ovario con conservación íntegra de todas sus funciones, son de una trascendencia extraordinaria, pues son, en verdad, pocas las lesiones anexiales infectivas, tróficas ó neoplásicas, que no respetan una pequeña parte del ovario, la cual, si el ginecólogo en sus intervenciones sabe respetarla, basta para que persista en el organismo femenino la integridad fisiológica, aunque quizás algunas veces exista cierto grado de insuficiencia ovárica. Para saber á qué atenernos respecto á la utilidad de la glándula ovárica más ó menos lesionada, no es mala regla la que da Jayle al aconsejar que se estudie antes de la intervención el grado de insuficiencia ovárica que cada caso pueda presentar; y cuando ésta exista, podremos aún algunas veces comprobar que parte de dicha insuficiencia ha sido debida á la acción inhibitoria que las lesiones de los anexos pueden producir, y que desaparece en ocasiones una vez corregidas aquéllas.

De un lado pocas lesiones que destruyan por completo las funciones ováricas, y de otro teniendo medios técnicos suficientes para conservar la parte sana del órgano, es cuanto se necesita para hacer sobre el mismo ginecología conservadora; por eso son tantos los ginecólogos que la preconizan y la practican. La potencia funcional de una parte de glándula ovárica es incalculable.

Sean las que sean las condiciones en que se respete parte del ovario, á condición de conservar su vitalidad, se mantienen sus funciones de secreción interna y ovulación. En cambio, la función de las trompas, como órgano conductor, con ser una simple perfección de funcionamiento, se altera con mucha mayor facilidad. La función salpingiana necesita una serie de repuestos casi todos de orden mecánico, que se alteran fácilmente: permeabilidad del conducto, contractilidad de sus paredes, integridad de su epitelio y porción normal. De estas condiciones, indudablemente la principal es la permeabilidad del conducto: las demás hacen que esta permeabilidad se aproveche con mayor frecuencia; la buena posición del órgano, su contractilidad y su epitelio, hacen relativamente fácil la migración del óvulo, pero no puede negarse que una trompa, por el solo hecho de ser permeable, pueda desempeñar su función principal, aun con paredes alteradas por un proceso supurado, con epitelio más ó menos degenerado y adherida la

trompa en posiciones viciosas. Aunque, restablecidos los orificios salpingianos, haya quedado una trompa corta y algo alterada, indudablemente puede representar el papel del conducto transmisor. Será, por tanto, difícil frente á una trompa patológica, asegurar que es completamente inútil y que su extirpacion ó conservación es indiferente. Siempre que la curación de una dolencia anexial pueda obtenerse conservando á la trompa el carácter de tubo transmisor, deberá hacerse, exceptuando cuando la enferma es menopáusica ó carece de ovarios ó de útero; el papel de la trompa en estos casos es completamente inútil, puesto que no le conocemos secreción interna como al ovario. Una trompa imperfecta, pero permeable, puede en ocasiones ser de grandísima utilidad. Díganlo sino los casos de Martin, Dudley, Polk, Pozzi y tantos otros.

Efectos sobre el organismo de las mutilaciones anexiales.—Actualmente está reconocida, de un modo universal, la conveniencia de conservar el ovario ó parte del mismo para evitar los efectos de la menopausia prematura.

Cuando se practica una castración total útero-ovárica en una mujer joven, aparecen todos los fenómenos propios de tal mutilación. La menopausia prematura produce las molestias propias bien conocidas y peculiares del sistema nervioso y del aparato circulatorio, sean éstas debidas á la falta de menstruación, sean originadas por la desaparición de la secreción interna de los órganos indicados. Dejando aparte los efectos que pueda ejercer sobre el apetito geenésico, sumamente variables, y los menos importantes porque quizás son los que menos se alteran, los fenómenos de la menopausia artificial son bastante intensos para que puedan despreciarse. Además, este estado asexual en una mujer joven produce, en la mayoría, un efecto moral deplorable, y la seguridad de la abolición de la maternidad, unida á los efectos de la menopausia, ocasiona á veces trastornos neuropáticos muy importantes.

Indudablemente, bajo este punto de vista, el órgano más importante es el ovario, porque en él tiene su asiento la ovulación y la secreción interna; los estudios de Eurátulo y de' Tarulli, demostrando la influencia qué sobre la nutrición ejerce la secreción interna del ovario, tienden á probar que existe para el ovario una ovarina, como para los testículos existe la espermina; de aquí la conveniencia de conservar todo ó parte del ovario, aunque la ovulación no pueda aprovecharse porque falten útero y trompas.

La falta de flujo menstrual produce las llamaradas en el rostro y todos los trastornos neuropáticos ya conocidos y la persistencia del

ovario, cuando existe el útero, aunque hayan debido sacrificarse las trompas, conserva dicha función.

Cuando pueden conservarse útero, trompas y ovarios, aunque sea en estado algo defectuoso, la esperanza de la concepción, en las mujeres estériles, produce un efecto moral que inútilmente se buscará en ninguna medicación, siquiera esta esperanza sea más teórica que práctica, según decía Schrœder al defender su reacción ovárica.

Indudablemente que la ablación del útero y las trompas, conservándose los ovarios aparte de los mismos, no produce los cambios orgánicos y nerviosos que aparecen casi inevitablemente cuando la castración es total. A ejemplo de Keelly, Jacobs y muchos otros, he podido convencerme, en mis histerectomías por miomas, de la utilidad de conservar un ovario que ejerce constantemente la auto-opoterapia ovárica.

Lo que no está demostrado es la utilidad de conservar las trompas cuando deben extirparse los ovarios; sin éstos, aquéllas parecen inútiles. Muchos autores dicen que sin anexos es inútil también el útero; no me atrevería á decir tanto; mis observaciones me hacen creer que no es del todo inútil la conservación del útero sin anexos, por lo que se refiere á los efectos generales que sobre el organismo produce la castración.

Operaciones de cirugía conservadora sobre los anexos.—Son muy variadas y de múltiples aplicaciones á casos enteramente dististintos: sólo indicaré los más frecuentes, sin entrar en detalles de técnica, bien conocidos de todos, y que pueden verse detallados en muchas partes, pero particularmente en las obras de Keelly y de Monprofit.

Las principales operaciones que se practican sobre el ovario son: la liberación del ovario adherente, la oforotomía, la punción, la ignipuntura, la resección del ovario y la oforopexia. Sobre la trompa, la liberación de adherencias, salpingostomía, cateterismo, resección de la trompa, evacuación y drenaje de la misma.

Cada una de estas operaciones, de técnica bien definida y que en su historia llevan los nombres de la mayoría de ginecólogos contemporáneos, que con mayor ó menor frecuencia las han puesto en práctica, tienden á cumplir indicaciones variadas, según las lesiones de que son asiento los anexos. Generalmente no es una sola la intervención que se practica, sino combinadas para atender á la variedad de las lesiones.

Es frecuente extirpar uno de los anexos conservando los otros, sobre los que se practica alguna intervención.

En las lesiones que he calificado de tróficas es en las que mayor

aplicación tienen; la ovaritis folicular, la ovaritis escléro-quística, la ovaritis esclerósica simple, los puntos del cuerpo amarillo y los hematomas del ovario son combatidos ventajosamente por la punción, y mejor por la ignipuntura múltiple, por la resección ovárica y por la oforotomia. Si las alteraciones están localizadas, como suele ocurrir con los hematomas y quistes del cuerpo amarillo, la resección ovárica es el mejor medio para destruirlos, y si uno de los ovarios está muy alterado, se extirpa conservando todo o parte del opuesto. La oforotomía permite aislar del ovario un quiste único, conservando el resto. Si las lesiones son difusas, como en la ovaritis folicular, esclero-quística y esclerosis simple, el mejor medio de combatirlas es la ignipuntura múltiple y profunda del ovario, escogiendo los sitios más alterados; considero preferible la ignipuntura á la punción múltiple, que, sin embargo, podrá emplearse algunas veces y en ocasiones como auxiliar de la ignipuntura. En todas estas lesiones es frecuente el prolapso del ovario hacia el fondo de Douglas, y de aquí que frecuentemente sea útil fijar el órgano en su sitio correspondiente haciendo una verdadera oforopexia como operacion complementaria.

En las enfermedades neoplásicas de los anexos, casi tan sólo los quistes glandulares y dermoides, y los quistes para-ováricos, pueden dar ocasiones de hacer cirugía conservadora. En los quistes glandulares tuvo su origen, por iniciativa de Schrœder, la cirugía conservadora de los anexos. Tanto en éstos como en los dermoides, es rara que no exista una zona ovárica sana, que se respetará, conservando la secreción ovárica; si uno solo de los ovarios está atacado y el otro no, se extirpa del todo el primero, conservando el segundo, según ya practicó y aconsejó Spencer-Wells. Los quistes para-ováricos respetan generalmente el ovario y pueden ser enucleados, conservando el órgano por entero.

En las demás néoplasias del ovario y en las de la trompa, debe procederse á la extirpación total.

Las afecciones flogísticas, con ser las que más frecuentemente indican la intervención quirúrgica, son las que se presentan con menos frecuencia á la intervención conservadora, por la facilidad con que llegan à alterar los órganos, de tal suerte, que es difícil ó imposible su reintegración á un buen estado funcional.

Con todo, la liberación de la trompa y del ovario, envueltos á veces en una atmósfera de adherencias que los aprisiona dislocándolos, sin que se hayan llegado á inutilizar como órganos, tendrá sus aplicaciones. La reserción del ovario, en casos de abscesos limitados del órgano, puede estar perfectamente justificada. El enderezamiento de

la trompa de las acodaduras formadas por adherencia para restablecer la permeabilidad del conducto, deshaciendo hacia su extremidad interna los ángulos que forma con frecuencia y que la obturan, y practicando en la externa la salpingotomía para reabrir el pabellón obturado, asegurándose por medio del cateterismo retrógrado de la permeabilidad del conducto; la resección ó amputación de una parte de la trompa hacia su mitad externa, formando en el sitio de la sección un pabellón artificial, que se unirá con el ovario correspondiente para que guarden la relación de vecindad que tan conveniente es á la conservación de sus funciones propias, haciendo la verdadera salpingo-ovaro-síndesis; la punción de las colecciones salpingianas seguida de salpingotomía, con desinfección de la cavidad y algunas veces drenaje de la misma, sea por la herida abdominal, sea por el fondo de Dou glas hacia la vagina, son operaciones que empiezan á practicarse y que menudearán más á medida que vaya demostrándose que semejantes intervenciones, en casos á propósitos, son casi inocuas y carecen de la gravedad que en tales circunstancias se ha atribuído á las operaciones conservadoras sobre las operaciones radicales; porque no hay duda que la infiltración de las paredes de la trompa, lo mismo que su epitelio y los exudados peri-salpingíticos y peri-ováricos, son susceptibles de regeneración una vez evacuados los focos que las sostenían; díganlo, sino, las curaciones obtenidas por simple colpotomía y drenaje de los exudados anexiales.

No hay duda que las indicaciones de intervenciones conservadoras en las infecciones anexiales son difíciles de fijar. Por regla general, puede decirse que las lesiones supuradas, si son algo extensas, son las que menos se prestan á esta clase de cirugía, y que, hoy por hoy, debe limitarse á aquellos casos no muy antiguos en que haya motivos para creer que la infección ha agotado su virulencia y se presenta en focos aislados susceptibles de extirpación ó de un buen desagüe. Las afecciones no supuradas pueden dar cierto contingente á propósito para hacer cirugía conservadora; quizás no podrémos conservar toda la función del aparato genital, pero la función ovárica podrá ser repetada muchas veces.

En los casos de embarazo tubárico cabe con frecuencia conservar los anexos del lado opuesto, aunque presenten alteraciones al parecer muy pronunciadas, porque extirpado el embarazo ectópico, desaparece la causa que motiva las alteraciones y éstas sufren una regresión marcada hacia la normalidad.

Como se vé, las indicaciones y la manera de llevarlas á cabo serán sumamente variables, y para cada caso debe ponerse en práctica la

técnica y los procedimientos más adecuados al carácter é intensidad de las lesiones.

Contraindicaciones y limitaciones de la cirugía conservadora de los anexos.—Es muy discutible si existe un periodo en la vida de la mujer en que el ovario sea un órgano absolutamente inútil; pero indudablemente al aproximarse la menopausia, y una vez establecida ésta, no aparece tan necesaria la conservación de los anexos.

Los que no conceden importancia á la secreción interna del ovario, juzgarán inútil su conservación cuando faltan las trompas ó el útero, pero es indudable su utilidad y aun en tales casos conviene conservarlo.

Las neoplasias malignas son una contraindicación á las operaciones conservadoras.

Las lesiones infecciosas presentan una contraindicación absoluta y otra relativa: la primera, cuando las alteraciones anatómicas producidas son de tal naturaleza que no cabe esperar una reintegración de sus funciones, si se trata de la trompa, ó el ovario ha perdido su virtualidad, en cuyo caso tan solo el injerto de un ovario con vitalidad funcional puede restablecerla. Claro que es difícil precisar cuando las lesiones flogísticas tienen el caráter de incurabilidad, porque asombra la facilidad con que de una manera total ó parcial se reintegran anatómicamente órganos alterados por procesos flogísticos; basta, como ejemplo, recordar como llegan á desaparecer las lesiones tuberculosas de los anexos y peritoneo cuando, agotada la infección, queda sólo el proceso anatómico.

Es imposible en este terreno señalar reglas fijas, pues en lo que hoy viene aceptándose, probablemente se añadirán nuevos casos que la experiencia demostrará son tributarios de una cirugía más científica que la que hoy impera.

La contraindicación relativa en los procesos infectivos, depende de la virulencia y naturaleza de la infección: indudablemente cuando operamos una lesión flogística, si la infección no está agotada, una operación conservadora puede revestir mayor gravedad que una intervención radical, porque deja tejidos y órganos infectados que pueden constituir focos de origen de nuevas infecciones operatorias y postoperatorias. El examen microbiológico del pus ó de la serosidad, hecho durante la intervención, podrán servir algunas veces de norma cuando la cuantía de las lesiones anatómicas deja el caso dudoso, para hacer una intervención radical ó conservadora. Esta última podrá fracasar y exponer á la enferma à una nueva intervención, que revestiría la misma ó menor gravedad que la primera; quizás con este objeto

sea aceptable la colpotomía en determinados casos, dada su poca entidad como intervención quirúrgica; favoreciendo la colpotomía la curación de la infección, pondría á la enferma en condiciones de sufrir más tarde una operación de perfeccionamiento.

Otra limitación á las operaciones conservadoras es la necesidad de que la operación resulte curativa bajo el punto de vista sintomático. La experiencia ha de irnos enseñando lo que podemos esperar de las distintas intervenciones en este terreno; por ahora los resultados son excelentes, y todos los que hemos probado estas intervenciones estamos satisfechos de los resultados obtenidos, sobre todo por lo que se refiere á manifestaciones dismenorreicas y neurálgicas y á la recidiva de infecciones de los anexos. Al lado de la opinión de Schauta, que preconiza la castración útero-anexial en todos los casos de infecciones, para obtener resultados curativos completos, existe la de muchos que nos encontramos satisfechos de los resultados obtenidos, y que seguimos un criterio ecléctico y oportunista, empleando generalmente las operaciones totales, pero reservando los casos favorables para las intervenciones parciales conservadoras.

Vías de intervención.—Pueden practicarse las operaciones conservadoras por la vía vaginal y por la vía abdominal. Ya sé que el hábito puede mucho en estos casos, pero yo, por mi parte, respetando siempre los esfuerzos de los ginecólogos que defienden la intervención por la vía vaginal, creo preferible la abdominal.

Cuando se trata de operaciones radicales, es buena en muchas ocasiones la vía vaginal y preferible á la abdominal por su menor gravedad. Pero tratándose de operaciones conservadoras, tan sólo en casos muy benignos es útil la vía vaginal, y hago mías todas las observaciones y limitaciones que á la vía vaginal han puesto Montano, Bouilley, Martin y muchos otros; la única ventaja de la vía vaginal, es su menor gravedad, pero en los casos en que puede realizarse regularmeute bien, la laporotomía resulta también una operación inocente.

La facilidad con que la laparotomía permite inspeccionar por el tacto y por la vista los anexos del útero, el holgado campo operatorio para realizar filigranas técnicas que la posición de Trendelenburg y las valvas abdominales permiten, hacen en mi sentir indiscutible la ventaja de la vía abdominal sobre la vía vaginal.

No desconozco, y acepto en bastantes casos como buena, la colpotomía para curar las lesiones anexiales flogísticas, con escaso peligro y sobre todo en momentos en que la laporotomía está contraindicada; pero esta intervención, de la cual se muestra tan partidario Treub,

podrá aspirar á la curación de la dolencia, no al restablecimiento funcional del aparato genital, y en ocasiones será una magnífica preparación para un tratamiento definitivo. Keelly, Dudley, Monprofit, Pozzi, etc., etc., son partidarios de la laparotomía para las intervenciones conservadoras de los anexos. Si se quiere hacer algo para conservar la función de generación, creo indiscutibles las ventajas de aquélla. Si se trata sólo de conservar el ovario con su función interna, será indiferente operar por la vía vaginal ó por la abdominal.

Las operaciones indirectas que se practican por la vía vaginal sobre el útero, para combatir ciertas lesiones infectivas de los anexos, no son de este lugar, porque no obran directamente sobre los anexos; su estudio cabe en el tratamiento general de las afecciones anexiales.

CASOS CLÍNICOS PERSONALES

Voy á exponer tan sólo los casos propios, sin presentar estadísticas agrupadas y recogidas de distintas procedencias. Sería fácil presentar centenares de casos en los cuales se han puesto en práctica los principios que dejo indicados; es mi objeto tan sólo añadir al patrimonio común algo de mi observación y práctica personal.

Las observaciones que siguen, entresacadas de las 600 laparotomías que llevo practicadas, no comprenden los casos de quiste del ovario de un solo lado, y en los que se respeta el ovario opuesto; esto nadie lo discute y no hay necesidad de defenderlo. Tampoco incluyo los casos de histerectomía abdominal ó vaginal, en los que he dejado un ovario, cosa que hoy practico habitualmente si el órgano está sano. No hago mención tampoco de colpotomías, porque bajo el punto de vista desde el cual trato la cuestión, no es dicha intervención la que yo creo indicada.

Incluyo tan sólo los casos de verdadera cirugía conservadora de los anexos, operados con propósito deliberado; son pocos indudablemente, pero en bastantes de ellos en que pude hacer ginecología conservadora, dejé de realizarla por falta de convicción sobre tales asuntos; hoy la practico con mayor frecuencia que antes, y tengo la convicción de que irán aumentando sus aplicaciones.

I. C. R., 10 años, Mayo de 1891. Pequeño quiste del ovario como una mandarina, supurado con adherencias en la trompa correspondiente. Extirpación de los anexos derechos, respetando los izquierdos, que no presentaban lesión importante, separándolos de algunas adherencias que tenían. Al cabo del año contrajo matrimonio y tuvo en seis

años cuatro hijos. En el puerperio del último, contrajo una infección que vino á producir una ovaritis supurada del ovario izquierdo, con salpingitis no supurada. En Marzo de 1898 practiqué una segunda laparotomía, extirpando los anexos izquierdos y curándose la enferma.

II. M. S., 18 años. Dismenorreica y menorrágica desde hace cuatro años. Contrajo matrimonio hace tres. Estéril, retroflexión y ovaritis doble; inutilidad en los tratamientos médicos. Laparotomía en 9 de Junio de 1892. Extirpación del ovario izquierdo con ovaritis folicular y como una mandarina; dejé los anexos derechos, que tenían pocas alteraciones; histeropexia, curación operatoria.

El curso posterior de la enferma completamente satisfactorio en cuanto á los sufrimientos que antes experimentaba. La esterilidad siguió. Ignoro su estado desde 1899.

III. I. R., 35 años, casada desde los 27. Un hijo con parto normal á los 28. Puerperio accidentado, habiendo persistido después disminorrea intensa, sobre todo izquierda, y menstruación irregular. Esterilidad. Laparotomía en 7 de Noviembre de 1893. Hidrosalpingitis voluminosa izquierda con ovaritis del propio lado. Anexos derechos pocas lesiones. Castración unilateral izquierda; liberación de los anexos derechos de múltiples adherencias; curación.

Desaparición-completa de toda molestia genital, menstruación regular. Embarazo terminado por aborto espontáneo en 1896, y después ha seguido siendo estéril.

IV. M. P., 40 años. Multípara con partos normales, datando el último de 5 años, durante los que experimentó ligeras molestias genitales caracterizadas por leucorrea y lumbago. En Enero de 1894 faltó un mes la menstruación; en Febrero tuvo alguna pérdida sanguínea; á mediados de Marzo, dolor intenso en el bajo vientre, que repitió cuatro veces. Hematocele por embarazo tubarico con rotura de la trompa, Laparotomía el 24 de Abril; extracción de grandes masas de coágulos y extirpación de los anexos izquierdos donde residía el embarazo tubárico. Los derechos fueron respetados por creer que sus lesiones eran consecutivas y desaparecerían; curación.

Después desapareció toda molestia; la menstruación persistió regularmente hasta los 47 años, estableciéndose luego la menopausia sin contratiempo.

V, J. B., 24 años, soltera. Bien menstruada hasta los 23 años, en que tuvo la viruela. En la convalecencia de la misma sufrió al parecer una pelvi-peritonitis, quedando después dismenorreica, con menstruaciones abundantes y adelantadas, inapetente y dolor constante en

la fosa ilíaca derecha, donde se descubría á la exploración un tumor bastante voluminoso. Laparotomía el 27 de Noviembre de 1894. Piosalpingo-ovaritis del lado derecho, que pudo enuclearse por completo. Los anexos izquierdos tenían pocas alteraciones, la trompa engrosada y edematosa, pero no quistica ni obturada; desprendí algunas adherencias y dejé los anexos izquierdos. Curación.

La enferma se vió libre de todo sufrimiento, menstruando con entera regularidad. Supe que á los dos años se había casado, pero no me ha sido dable conocer después su historia.

VI. T. V., de 24 años. Menstruó a los 15 bien y casó á los 19. Después de casada, refiere la historia de una infección genital ascendente, probablemente gonocócica, con la historia de una anexitis típica. En Marzo de 1995 presentó todo el cuadro de una pelvi-peritonitis. Laparotomía el 10 de Mayo de 1895. Focos de peritonitis supurada difusos en la baja pelvis anexos derechos quísticos y supurados. que se extirparon; los anexos izquierdos presentaban el ovario con pocas lesiones y la trompa engrosada y englobada en una masa de adherencias, pero sin ser quística. Respeté los anexos izquierdos, incindiendo el pabellón de la trompa, que estaba casi obturado. Aplicación de drenaje abdómino-vaginal. Curación.

La enferma ha segido después perfectamente menstruada con entera regularidad, pero estéril.

VII. J. M., 27 años, casada á los 24 y estéril. Poco después de casada tuvo un aborto y comenzó á ser dismenorreica y á sufrir dolores pélvicos intensos, con irregularidades mentruales. Laparotomía el 27 de Septiembre de 1895. Ambos anexos estaban supurados: pude enuclear los izquierdos sin contratiempo, aunque con grandes dificulades, por sus muchas adherencias; al intentar enuclear los derechos se abrió la trompa llena de pus, y ya producido el accidente que deseaba evitar hice una salpingotomía extensa, lavé y raspé su cavidad, y estando el ovario sano respeté los anexos derechos, dejando aplicado un drenaje vaginal. Curación.

La enferma ha seguido después perfectamente, sin sufrimiento ninguno y menstruación regular, á veces muy escasa, lo que la ha hecho creer en varias ocasiones que estaba embarazada, pero nunca se ha confirmado dicho estado.

VIII. C. P., 33 años. Casó á 22, teniendo tres hijos hasta los 30. Hace seis meses, después de un aborto, según cree la enferma, empezó á sentir dolores frecuentes é intensos en el bajo vientre y fosa ilíaca izquierda, con metrorragia casi continua, descubriéndose una tumoración en el fondo del saco izquierdo. Laparotomía el 18 de Octu-

bre de 1895. Trompa izquierda gruesa como medio puño, englobada en una masa de adherencias que comprendía el ovario del propio lado, lo que hizo su extirpación muy difícil y laboriosa; anexos derechos con múltiples adherencias supuradas y edematosas; pero me pareció que sus lesiones eran de vecindad y no propias; drenaje con taponamiento abdominal. Curación. El contenido de la trompa demostraba que origen de la dolencia fué un embarazo tubárico.

Esta enferma tuvo en 1897, un parto á término normal, en 1899 un aborto de cinco meses con retención placentaria, que me obligó á la extracción manual Después ha seguido completamente bien.

IX. A, U,, 28 años, casada, sin antecedente; un parto normal á los 25. A los 27 tuvo un aborto accidentado, con retención de membranas y fenómenos de infección, siguiendo después dismorreica. Laparotomía el 20 de Febrero de 1896. Encontré una peri-salpingitis supurada derecha, que me obligó á la extirpación de los anexos del propio lado; perisalpingitis izquierda sin supuración, por lo que me limité á la liberación de los anexos y á abrir el pabellón. Curación.

Después la enferma ha seguido sin molestias, bien menstruada, pero estéril.

X. R. G., 23 años. Casó á los 19, y venía sufriendo dismenorreas y dolores pélvicos intensos rebeldes á todo tratamiento. Estéril. Ambos ovarios muy voluminosos y dolorosos á la exploración. Laparotomía el 13 de Febrero de 1896. Ambos ovarios con degeneración quística y edematosos. Extirpación completa de los anexos derechos y resección ovárica izquierda, dejando una porción de ovario como una avellana en el sitio que me pareció sano. Curación.

La enferma se vió libre de toda molestia y á los dos años tuvo un parto completamente normal. Luego enviudó, lo que impide saber si había concebido más; sigue perfectamente.

XI. M. M., 28 años. Casó á los 20 y tuvo tres partos normales. En Septiembre de 1893 creyó tener un aborto acompañado de dolores intensos en el bajo vientre y lado derecho, donde se descubría un pequeño tumor anexial. Laparotomía el 13 de Octubre de 1896. Embarazo tubárico de dos meses; extirpación de los anexos derechos y conservación de los izquierdos, cuyas lesiones, aunque algo acentuadas, eran de vecindad. Curación.

La enferma siguió después libre de toda molestia y regularmente menstruada.

XII. H. V., 24 años, dismenorreica siempre, casada á los 20 y estéril. Todo el cuadro de una salpingo-ovaritis antigua. Laparotomía. Enucleación difícil de los anexos derechos, que pude extirpar; la

trompa izquierda se abrió al pretender enuclearla, por lo que, hallando el ovario con sólo lesiones de vecindad, me limité á limpiar el foco y establecer el drenaje por medio del taponamiento. Curación.

Después de una convalecencia pesada, se puso la enferma completamente bien, siguiendo, sin embargo, ligeramente dismenorreica, aunque mucho menos que en los primeros tiempos de su pubertad. Persistió la esterilidad.

XIII. D. J., 26 años, casada á los 21, estéril. Dismenorrea intensa con tumor anexial derecho. Laparotomía el 24 de Noviembre de 1897. Enucleación de un voluminoso hidrosalpinx derecho y extirpación de los anexos de dicho lado. Los izquierdos fueron respetados, abriendo el pabellón, que estaba obturado, y eliminando de la trompa una pequeña colección de serosidad transparente contenida en su interior. Curación.

La enferma ha seguido perfectamente bien. Alguna vez aqueja dolores en la fosa izquierda, poco intensos y fugaces.

XIV. J. B., 24 años, casada á los 22, estéril. Dismenorreica y dolores pélvicos intensos. Signos de peri-metritis evidentes. Laparotomía el 27 de Noviembre de 1897. Anexos poco alterados, envueltos en una masa de adherencias y de tejidos de nueva formación. Liberación de las adherencias y extirpación de los anexos izquierdos, que eran los más alterados, respetando los derechos después de liberarlos completamente. Curación.

Desaparición de los sufrimientos. Persistencia de la regularidad menstrual. Sigue siendo estéril.

XV. S. J., 31 años, casada á 21, un parto normal á 24. Después, sufrimientos genitales y últimamente dolores intensos en la fosa derecha y metrorragias. Tumor anexial derecho. Laparotomía el 3 de Febrero de 1898. Salpingo-ovaritis derecha, con el ovario como una mandarina y un grueso hematoma; extirpación laboriosa por las muchas adherencias. Anexos izquierdos con algunas adherencias y algún punto folicular en el ovario, por lo que practiqué la ignipuntura de dicho ovario, conservando los anexos izquierdos. Curación.

Ha seguido bien, con alguna molestia durante los primeros períodos menstruales. Según refiere la enferma, en 1900 tuvo un aborto de tres meses.

XVI. M. L., 33 años, casada, dos partos normales. Estéril desde los 27, con sufrimientos menstruales é intermenstruales rebeldes é intensos. Laparotomía el 25 de Febrero de 1898. Salpingo-ovaritis quística derecha, que fué enucleada y extirpada; ovaritis folicular izquier-

da, por lo que hice una resección ovárica dejando sólo la parte más sana. Curación.

Libre de toda molestia en los primeros tiempos, después nada he podido saber.

XVII. R. B., 24 años, casada. Un aborto hace dos años. Después fenómenos de salpingo-ovaritis. Laparotomía el 21 de Julio de 1898. Extirpación de los anexos izquierdos por salpingo-ovaritis; liberación de los derechos menos alterados, abertura del pabellón, limpieza de la trompa y conservación de los mismos. Curación.

Libre de molestias después y bien menstruada, hace tiempo no he tenido noticias suyas é ignoro si continúa estéril.

XVIII. J. S., 26 años, casó hace dos años. Un parto normal hace cuatro meses. A los pocos días comenzó á presentar fenómenos de infección puerperal de carácter pelvi-peritonítico, con formación de tumores anexiles. Laparotomía el 3 de Octubre de 1898. Peri-anexitis de ambos lados, con varios focos supurados alrededor de los anexos derechos, pero ni el interior de éstos ni el de los del lado izquierdo presentaba lesiones primitivas, sino secundarias á la peritonitis peri-anexial. Taponamiento. Curación.

A principios de 1900 tuvo un parto normal, y en Febrero de 1902 otro.

XIX. A. R., 20 años, un parto hace cinco años. Luego irregularidades menstruales; un mes antes de la intervención, presentó todo el cuadro de un hematocele por gestacion tubárica. Laparotomía el 26 de Enero de 1899. Extirpación de los anexos izquierdos, asiento de la gestación ectópica, y conservación de los derechos, por considerar sus alteraciones consecutivas al año de los izquierdos. Curación.

Después ha seguido la enferma bien mestruada sin sufrimientos.

XX. J. T., 24 años, un parto normal á los 22. Después neuralgias intensas en la fosa iliaca derecha que persistieron en el curso del segundo embarazo, rebeldes á todo tratamiento, y que tenían á la enferma en cama é inválida. Segundo parto á los 23 y medio años. Ovario izquierdo sumamente sensible y variable de volumen. Laparotomía el 7 de Marzo de 1899. Ovario izquierdo convertido en hematoma, sin trazas de substancia ovárica; extirpación de los anexos izquierdos. Ovario derecho con algunos puntos foliculares; ignipuntura extensa. Curación.

Desaparición completa de todo sufrimiento; después de la intervención dos partos más, normales.

XXI. R. J., 25 años. Menstruó bien siempre hasta los 23, en que se casó, y comenzaron los sufrimientos, con leucorrea amarilla que

desapareció pronto, dismenorrea intensa y dolores pélvicos frecuentes. Salpingo-ovaritis y retroflexión adherente. Laparotomía el 29 de Julio de 1899. Desprendimiento de las adherencias que mantenían el utero en retroflexión; enucleación y extirpación de los anexos derechos quísticos; ignipuntura del ovario previa liberación de los anexos izquierdos, que conservé dilatando la trompa. Curación.

En Mayo de 1902 parto normal, después de un embarazo sin accidente ni molestia ninguna, si se exceptúa una sensación de tirantez al nivel de la matriz.

XXII. J. T., casada y estéril. Fenómenos antiguos de salpingo-ovaritis. Laparotomía el 25 de Noviembre de 1899. Liberación y extirpación de un quiste tubo-ovárico derecho. Ignipuntura del ovario izquierdo y liberación de adherencias salpingianas. Curación.

Después la enferma ha seguido bien, sin molestias y bien menstruada,

XXIII. E. T., 36 años. Un hijo con parto natural á los 30. Después infección genital ascendente y fenómenos rebeldes de salpingo-ovaritis. Retroflexión. Laparotomía el 18 de Marzo de 1900. Extirpatión de los anexos derechos muy alterados. Ignipuntura ovárica izquierda. Histeropexia. Curación.

Después ha seguido la enferma libre de toda molestia.

XXIV. P. G., 35 años. Estéril; fenómenos antiguos de salpingo-ovaritis. Tumor anexial derecho. Laparotomía el 25 de Septiembre de 1900. Extirpación laboriosa de los anexos derechos, con ovario quístico supurado y salpingitis supurada. Los anexos izquierdos, al parecer poco alterados, los conservé. Taponamiento, curación.

Bien completamente hasta Junio de 1902, en que tuvo nn ataque de anexitis izquierdo bastante intenso con fenómenos de peritonitis, que se disiparon pronto, desapareciendo toda molestia. Después ha seguido bien menstruada, con molestias en los anexos izquierdos, pero el útero está movible y no se encuentra tumor. Esta enferma está expuesta á tener que sufrir una nueva intervención.

XXV. M. G., 23 años. Estéril. Dismenorrea intensa y dolores pélvicos intolerables. Laparotomía el 23 de Marzo de 1901. Extirpación de los anexos derechos muy alterados, con ovaritis quística y salpingitis hipertrófica. Ignipuntura del ovario izuqierdo y expresión de la trompa; curación.

Después ha seguido bien menstruada y sin molestias.

XXVI. A. R., 27 años. Casada á los 21. Estéril, fenómenos de infección genital ascendente de salpingo-ovaritis, con retroflexión. Laparatomía el 1.º de Octubre de 1901. Extirpación de los anexos iz-

quierdos; conservación de los derechos con ignipuntura del ovario y salpingotomía. Histeropexia. Curación.

Sigue libre de todas las molestias hasta la fecha y con menstruación regular.

XXVII. M. S., 39 años. Bien menstruada, pero con dismenorrea intensa. Ovaritis y retroflexión. Laparotomía el 12 de Noviembre de 1901. Ignipuntura de ambos ovarios atacados de esclerosis y degeneración folicular; histcropexia, curación.

Libre después de todo sufrimiento.

XXVIII. N. P., 32 años, casada y estéril. Historia larga de sufrimientos menstruales y de anexitis, con ataques de peritonitis. Retroflexión, sin tumores anexiales muy palpables. Laparotomia el 13 de Noviembre de 1901. Desprendimiento de adherencias y reducción de la retroflexión. Extirpación de los anexos izquierdos; presentaban pío-salpingitis y degeneración quística del ovario. Ovario derecho poco alterado, por lo que lo conservé, resecando el tercio exterior de la trompa quística con serosidad y formando pabellón en el sitio de la sección; histeropexia. Esta enferma falleció al cuarto día de infección.

XXIX. G. M., 26 años, casó á 20. Estéril. Sufrimientos menstruales antiguos y fenómenos de salpingo-ovaritis con retroflexión. Laparotomía el 15 de Mayo de 1902. Extirpación de los anexos derechos muy alterados; ignipuntura ovárica izquierda; conservación de los anexos izquierdos; histeropexia, curación.

La enferma sigue bien menstruada y sin molestia ninguna.

XXX. E. R., 31 años, casó á 19. Cinco partos normales. Después del último, hace cuatro años, fenómenos infectivos que dejaron sufrimientos intolerables en los anexos izquierdos. Laparotomía el 17 de Mayo de 1902. Extirpación muy laboriosa de los anexos izquierdos por sus intimas adherencias á la S ilíaca; conservación de los derechos con ignipuntura y liberación de adherencias. Curación.

Hasta ahora sigue la enferma libre de toda molestia.

XXXI. A. P., 23 años. A los 22 tuvo un parto normal y á los 23 un aborto con retención. Después fenómenos de pelvi-peritonitis; al examen, un tumor en la fosa izquierda. Laparotomía el 26 de Junio de 1902. Enucleación laboriosa y extirpación del ovario izquierdo, grueso como una naranja y supurado; enucleado el ovario derecho, tenía un quiste hacia su extremidad que resequé, conservando una porción del ovario; desprendí adherencias de la trompa para dejarla libre. Taponamiento, curación.

La enferma sigue bien del todo y menstruando con regularidad.

XXXII. P. D., 27 años, casada hace tres. Estéril. Ataque de pelvi-

peritonitis hace cinco meses, con persistencia de fenómenos anexiales. Retroflexión. Laparotomía el 5 de Noviembre de 1902. Ovario derecho supurado y trompa derecha con pocas alteraciones; extirpé el ovario derecho conservando la trompa del mismo lado. Ovario izquierdo con alteraciones insignificantes, y, en cambio, la trompa quística con serosidad turbia; en este lado extirpe la trompa y dejé el ovario, de modo que quedó la trompa derecha y el ovario izquierdo. Hlsteropexia, curación.

Hasta hoy completamente libre de toda molestia.

XXXIII. A. C., 29 años, casada hace ouce. Estéril, y con dismenorrea rebelde y sufrimientos pélvicos. Retroflexión y prolapso de ambos ovarios. Laparotomía el 26 de Febrero de 1903. Histeropexia. Ignipuntura extensa de ambos ovarios, muy engrosados y quísticos. Curación.

Es demasiado reciente para apuntar resultados, aunque hasta ahora son buenos.

XXXIV. P. R., 38 años. Multípara. Desde tres años, sufrimientos intolerables con menorragias. Retroflexión y anexos voluminos. Laparotomía el 15 de Marzo de 1903. Extirpación de los anexos derechos por un ovario quístico como una naranja. Ovario izquierdo con degeneración folicular; ignipuntura extensa y conservación de los anexos izquierdos. Histeropexia, curación.

Nada puedo decir de los resultados curativos.

XXXV. D. B., 23 años. Dismenorreica siempre, ovarios abultados y una tumoración en la cara posterior del útero que estaba en retroversión. Laparotomía el 15 de Marzo de 1903. Enucleación de un mioma como una nuez, subperitoneal y único, implantado en la cara posterior del cuerpo del útero. Ignipuntura extensa de ambos ovarios, que se presentaban edematosos y quísticos; curación operatoria.

Por su fecha no puedo apuntar los resultados terapéuticos.

En este total de 35 casos ha habido una defunción, que no me parece deba atribuirse á la operación en sí, sino á una infección accidental.

De los 34 restantes, uno de ellos presenta síntomas que hacen temer la posibilidad de que deba recurrirse á otra intervención; los demás siguen perfectamente, y por lo tanto, el resultado terapéutico ha sido completo.

En cuanto á los resultados funcionales, encontramos que en todas ellas ha persistido bien la función menstrual, y en cuanto á la fecundación, si descontamos las siete enfermas operadas de 1902 hasta ahora, porque no ha transcurrido tiempo suficiente, encontramos para

las restantes, con un total de 28 enfermas, 8 que han concebido y alguna de ellas más de una vez. No son de despreciar tales resultados.

CONCLUSIONES

1.ª La conservación del ovario, aunque sea parcial, ejerce efectos muy favorables sobre el organismo para sostener la secreción interna y la ovulación; también conserva la menstruación si el útero existe.

2.ª La conservación de la trompa, más ó menos modificada, á condición de que exista el ovario, conserva la esperanza de una fecundación posterior.

3.ª La conservación de las trompas sin ovario no tiene finalidad conocida.

4.ª En las afecciones neoplásicas benignas del ovario, puede casi siempre hacerse la conservación ovárica por medio de la resección.

5.ª En las afecciones tróficas de los anexos cabe, en la mayoría de casos, una operación conservadora.

6.ª En las afecciones iufectivas puede emplearse la cirujía conservadora, siempre que la índole de las lesiones permita esperar una reintegración anatómica y funcional.

7.ª Las operaciones conservadoras deben practicarse cuando las lesiones infectivas de los anexos han alcanzado todo su vuelo ascendente é invasor y está agotada la infección.

8.ª Debemos ser muy cautos en el empleo de estas operaciones, en tanto la infección conserva su virulencia.

9.ª Las exigencias de la técnica no justifican actualmente una mutilación superflua.

10.ª La facilidad é inocuidad de las distintas operaciones conservadoras en sí, está perfectamente demostrada.

11.ª Las contraindicaciones y limitaciones de la cirujía conservadora de los anexos, son numerosas y deben atenderse.

12.ª Los efectos terapéuticos de estas operaciones, cuando están bien indicadas, son buenos é indiscutibles.

13.ª A cambio de alguna imperfección y molestia local, que á veces persiste, conservamos en la mujer dos funciones importantísimas: la secreción interna del ovario y la probabilidad de una fecundación.

14.ª La técnica de la intervención es variada y adecuada á las circunstancias especiales de cada caso.

15.ª La mejor vía para estas intervenciones es la laparatomía.

16.ª Los resultados operatorios demuestran la benignidad de estas intervenciones.

17.ª Los resultados funcionales demuestran su utilidad y exigen que el ginécologo fije en ello su atención.

18.ª Las operaciones conservadoras son mucho más científicas que las intervenciones radicales.

19.ª La ginecología contemporánea, perfeccionando la técnica operatoria y el conocimiento de las lesiones de los anexos, ha de ser más respetuosa con las funciones genitales de lo que fué en los últimos años del siglo anterior.

CONCLUSIONS

1° La conservation de l'ovaire (et même la conservation partielle) exerce des effets très favorables sur l'organisme, en maintenant la sécretion interne, l'ovulation, et aussi la menstruation quand l'utérus subsiste.

2° La conservation de la trompe, plus ou moins modifiée, à condition qu'il existe un ovaire, laisse la possibilité d'une fécondation ultérieure.

3° La conservatiou des trompes, sans ovaires, ne répond à aucune indication connue.

4° On peut presque toujours dans les affections néoplasiques bénignes de l'ovaire, faire une conservation partielle par la résection.

5° Dans les affections annexielles trophiques, la conservation partielle de l'ovaire est presque toujours indiquée.

6° Dans les affections infectieuses, on peut avoir recours à la chirurgie conservatrice, chaque fois que la nature des lésions permet d'espérer un rétablissement anatomique et fonctionnel.

7° Les opérations conservatrices doivent se pratiquer quand les lésions annexielles infectieuses ont atteint leur plein développement et que le processus infectieux est épuisé.

8° Nous devons être fort prudents dans l'emploi de ces opérations tant que le processus infectieux conserve sa virulence.

9° Les exigences de la technique ne justifient pas actuellement une mutilation superflue.

10° La facilité et l'innocuité des diverses opérations conservatrices est aujourd'hui parfaitement démontrée.

11° Les contre-indications de la chirurgie conservatrice sont nombreuses et on doit en tenir compte.

12° Les effets thérapeutiques des opérations conservatrices, quand elles sont bien indiquées, seront incontestablement bons.

13° En échange d'une légere imperfection et d'une gêne locale qui

peut persister, nous conservons à la femme deux fonctions très importantes: la sécretion interne ovarienne et la possibilité de la fécondation.

14° La technique de l'intervention varie suivant les circonstances spéciales à chaque cas.

15° La meilleure voie pour ces interventions est la laparotomie.

16° Les résultats opératoires obtenus, démontrent leur bénignité.

17° Les résultats fonctionnels acquis démontrent leur utilité et exigent que le gynécologue leur prête toute son attention.

18° Les opérations conservatrices sont beaucoup plus scientifiques que les interventions radicales.

19° La gynécologie contemporaine, en perfectionnant la technique opératoire et ses connaissances des lésions annexielles, doit tendre à se montrer plus respectueuse des fonctions génitales quelle ne l'a été dans les dernières années du XIX siècle.

CONCLUSIONS

1st The preservation of the ovary, though it be only partial, excises very favorable effects on the organism, on account of sustaining the internal secretion and the ovulation; it also preserves the menstruation if the uterus exists.

2nd The preservation of the fallopian tubes, more or less modiffied and on condition that an ovary exists, allows to hope for a posterior fecundation.

3rd The preservation of the fallopian tubes without ovary, as no known final state.

4th In mild neoplastic affections of the ovary, the ovarian preservation can almost always be seen to by means of resection.

5th In most of the cases of trophical affections of the annexes, a preservative operation can be resorted to.

6th The preservative surgery may be employed in infectious diseases whenever the disposition of the lesions allows to hope for an anatomical and functional redintegration.

7th The preservative operations must be practiced, when the infectious lesions of the annexes have reached the whole of its ascending and invading velum and the infection is exhausted.

8th We have to be very cautious in making use of these operations while the infection preserves its virulence.

9th The exigencies of technics do not actually justify a superfluous mutilation.

10th The facility and innocuity of the various preservative operations in themselves, are completely proved.

11th The contraindications and limitations of preservative surgery of the annexes are numerous and have to be attended to.

12th The therapeutic effects of these operations, when they are strongly indicated, are good and conclusive.

13th Against some imperfection and local injury, which sometimes persist, we preserve two most important functions in the woman: the internal secretion of the ovary and the probability of fecundation.

14th The technics of intervention are variant and adequate to special circunstances in each case.

15th Laparotomy is the best procedure for these interventions.

16th The operative results show the benignity of these interventions.

17th The functional results show their utility and they exact, that the gynaecologue should fix his attention to them.

18th The preservative operation are much more scientific than radical interventions.

19th Contemporary gynaecology, in perfecting the operative technic and the knowledge of the lesions of the annexes, has to be more respectful to the genital functions than it was in the last years of the last century.

SCHLUSSFOLGERUNGEN

1. Die Erhaltung des Eierstocks' wenn auch nur theilweis, hat sehr günstig ausübende Wirkungen auf den Organismus, indem er die innere Secretion und Ovulation trägt; auch behält er the menses bei, wenn der uterus existirt.

2. Die Erhaltung der mehr oder weniger modifizirten Tuben, so lange ein Ovarium existirt, behält die Hoffnung einer spätern Fruchtbarkeit bei.

3. Die Erhaltung der Tuben ohne Ovarium hat kein bekanntes Endstadium.

4. In gutartig neoplastischen Leiden des Ovariums, kann beinahe immer die ovaristische Erhaltung vermittelst resection gemacht werden.

5. In den meisten Fällen der Ernährnngsleiden der Anhänge, ist eine conservative Operation angedeuted.

6. Die conservative Chirurgie kann, so lange die Eigentümlichkeit der Verletzungen eine anatomische und funcionelle Wiedereinsetzung zu hoffen erlaubt, angewendet werden.

7. Die conservativen Operationen sollen ausgeführt werden, wenn die infectirte lesionen der Anhänge ihren aufsteigenden und einfallenden velum erreicht haben und die infection sich erchöpft hat.

8. In der Anwendung dieser Operationen haben wir mit grosser Vorsicht vorzugehen, so lange die Infection ihre Virulenz beibehält.

9. Die Erfordernisse der Technik rechtfertigen eine unnötige Verstümmelung thatsächlich nicht.

10. Die Leichtigkeit und Unschädlichkeit der verschiedenen conservativen Operationen an sich selbst, ist vollkommen bewiessen.

11. Die Gegenindikationen und Grenzen der conservativen Chirurgie der Anhänge, sind zahlreich und müssen beachtet werden.

12. Die terapeutischen Wirkungen dieser Cperationen, wen dieselben recht indicirt, sind gut und unstreitbar.

13. Gegen die zuweilig ausdauernde örtliche Unvollkommenheit und Belästigung, behalten wir bei der Frau zwei äusserst wichtige Funktionen bei: die innere secretion des Ovariums und die Wahrscheinlichkeit einer Fruchtbarkeit.

14. Die Technik der Vermittelung ist mannigfaltig und geeignet an den speziellen Umständen jedes Falles.

15. Der beste Weg für diese Vermittelungen ist die Laparotomie.

16. Die operativen Erfolge beweisen die Gutartigkeit dieser Vermittelungen.

17. Die functionellen Erfolge beweisen ihre Nützlichkeit und verlangen vom Gynäcolog seine Aufmerksamkeit darauf zu lenken.

18. Die conservativen Operationen sind viel wissenschaftlicher als die radicalen Vermittelungen.

19. Die gegenwärtige Gynäcologie, indem sie die operative Technik and die Kenntnisse der Verletzungen der Anhänge vervollkommt, hat mit den genitalen Funktionen unterwünrfiger zu sin, als sie es in den letzten Jahren des vorhergehenden Jahrhunderts war.

CONCLUSIONI

1.° La conservazione dell'ovario, quantunque parziale, esercita effetti favorevoli sopra l'organismo, per sostenere la secrezione interna e la ovulazione, conservando pure la mestruazione se l'utero existe.

2.° La conservazione della tromba piu o meno modificata, a condizione che exista ovario, lascia la speranza di una fecondazione posteriore.

3.° La conservazione delle trombe senza ovario non ha scopo conosziuto.

4.° Nelle affezioni neoplasiche benigne dell'ovario puó quasi sempre farsi la conservazione ovarica per mezzo della resezione.

5.° Nelle affezioni trofiche degli annessi può aver luogo, nella maggior parte dei casi, una operazione conservatrice.

6.° Nelle affezioni infettive puó impiegarsi la chirurgia conservatrice sempre che l'indole delle lesioni permetta sperare una reintegrazione anatomica e funzionale.

7.° Le operazioni conservatrici devono praticarsi quando le lesioni infettive degli annessi hanno raggiunto il loro massimo ascendente e invasore e sia spenta la infezione.

8.° Dobbiamo essere molto cauti nello impiego di queste operazioni mentre la infezione conservi la sua virulenza.

9.° Le esigenze della tecnica non giustificano attualmente una mutilazione superflua.

10. La facilità e innocuità delle varie operazioni conservatrici in se stesse, è perfettamente dimostrata.

11. Le controindicazioni e limitazioni della chirurgia conservatrice negli annessi sono numerose e debbono tenersi in conto.

12. Gli effetti terapeutici di queste operazioni, quando sieno ben indicate, sono buoni e indiscutibili.

13. In cambio di qualche imperfezione e molestia locale che alcune volte persiste, conserviamo nella donna due funzioni di molta importanza: la secrezione interna dell'ovario e la probabilità di una fecondazione.

14. La tecnica della intervenzione è varia e adeguata alle circostanze speciali di ogni caso.

15. Il miglior mezzo per queste intervenzioni è la laparatoía.

16. I risultati operatorii dimostrano la benignità di tali intervenzioni.

17. I risultati funzionali dimostrano la loro utilità e chiedono che il ginecologo fissi in essi la sua attenzione.

18. Le operazioni conservatrici sono molto più scientifiche che le intervenzioni radicali.

19. La Ginecologìa contemporanea, perfezionando la tecnica operatoria e il conoscimento delle lesioni degli annessi, deve essere più rispettosa delle funzioni genitali di quanto lo sia stata negli ultimi anni del sécolo passato.

LA CHIRURGIE CONSERVATRICE DES LESIONS ANNEXIELLES

Rapport par Mr. A. PALMER DUDLEY (New York).

Mr. President and Gentlemen
of the Gynecological Section
of the XIV International Medical Congress.

When accepting the honor extended to me by your Committee, of opening the discussion upon the subject of «Conservative Surgery» of the uterine appendages—an honor which I anticipated with great pleasure—I was not aware that my own country would, without my knowledge or solicitation, honor me with the Presidency of the Gynecological Section of our National body, which meets in New Orleans this year on May 5 th, thus making it impossible for me to attend the meeting at Madrid, and then reach New Orleans in time to discharge my duties to our National Association. Having the interests of our own National body at heart, and, unsolicitated, being one of its officers for the present year, I beg you to pardon me for not appearing to personally open this discussion as I promised, and enjoy the hospitality which I am sure will be extended to all visitors, my country not excepted.

It has been with great difficulty, owing to the vast territory to be covered, and my inability to get busy operators to devote sufficient time to the records of their cases upon such an important subject as this, that I have gathered the statistics of results of conservative surgery vhich will be incorporated in this article. I therefore solicit your Council and President, if it will not be an infringement of the rules governing the International Organization, to allow my paper to be read by some one of my European confreres, as I desire it to represent not only my personal experience, but the results of the work of the most eminent men in Gynecology in the United States.

A quarter of a century ago, he who would have advocated conservative surgery upon the uterine appendages of woman would have been considered by the profession at large, the world over, a fit subject for an asylum.

How the lapse of time, study and experience has changed every feature of this picture of the past, until at the present time he who would cling to the traditions of that period would be looked upon as

antiquated even his youth. The necessary courage required by the operator of a quarter of a century ago to withstand public opinion against his invasion of the abdominal cavity of woman, would be looked upon at the present time, even by laymen, as an evidence of cowardice or ignorance on the part of even the family physician, if he hesitated for a moment to advise that his patient, be it child or aged person, should receive the necessary and expected relief attendant upon prompt invasion of the abdominal cavity for pathological changes from whatever cause, and to the average physcian or surgeon so easily demonstrable at the present time.

What a panorama a review of the past quarter of a century presents to thoso who are familiar with these changes. The names of the star actors in this domestic drama—in which tragedy has played no little part—are already recorded in history as masters of their art and profession. But even though nothing shall be taken from them, to their students, their natural professional heirs, must be given the credit of at least making the effort of rescuing womankind from the ravages of an enthusiastic aspirant for surgical honors, who could only see radical removal of all in his path as his license to success. What a parody! How many thousands of suffering, misguided women have offered up their pelvic organs as a sacrifice, for the simple promise from such an ambitious aspirant for professional preference, that such sacrifice would immune them from all future unpleasant conditions peculiar to their sex. And how bitterly have these poor misguided women regretted in the years that followed, their misplaced confidence so generously bestowed, when the knowledge was forced upon them by sad experience, that they had exchanged one condition of suffering for another equally as disagreeable.

But such is life in all things experimental, and our profession has never been an exception to the rule. These sacrifices, so far offered up by woman to her suffering kind, are now bearing fruit for good, as I shall hope to demonstratewith the concensus of opinion expressed by the leading operators of the United States. You, Gentlemen, are as familiar with the history of the evolution of Gynecology and abdominal surgery during the past quarter of a century as I am. It is therefore unnecessary for me to do more than call your attention to the names of those who have been pioneers in this process of transition from sacrifice to conservatism.

During this period electricity played a prominent role in an effort to conserve the pelvic organs, and was championed by Apostoli of France, and Cutter of New York; but this method of treatment was

of short duration, and passed rapidly into oblivion, while conservatism of whatever nature was for a time lost sight of, in the smoke of battle, fought out between members of our profession, as to whether it should be complete hysterectomy or supra pubic; whether it should be abdominal or vaginal, or the combined method.

These men were so anxious to work and had struggled so energetically with every phase of the argument that they forgot apparently that woman in the future might return and demand something more. It was not until the nerve specialists called attention to the fact that we were sowing the wind and reaping the whirlwind for these poor women, that many of us realized what we were doing prematurely endowing them with hot flashes, the rapid taking on of fat, the loss of their generative function, and regrets for their unsexing.

To Robert Battey of Georgia, and his followers in this country; to Lawson Tait, and his followers in England, and to the many German and French operators, whom it has been our pleasure to know and respect, should the credit be given.

It was my privilege to see Sir Spencer Wells do his twelve hundredth abdominal section in the Woman's Hospital of New York in 1881 or 1882. The technique of that operation was the forerunner of the coming of Lister. With the advent of the latter, the Mephistopheles of surgery vanished from view. Fear no longer haunted the mind of operator or patient, and the peritoneum, the bugbear of former years, seemed to readily acquiesce in the evolution. With this confidence in the restorative powers of human nature, came the reckless disregard of the consequences in the future.

And she who dared to complain of symptoms referable to her pelvis, be they minor or major, which rendered her more or less an invalid, was at once condemned to the operating table, and the sentence—ablation of her pelvic organs—immediately carried into execution. Ere by delay in many cases (from my standpoint of view, be it honestly stated) the patient might recover from her fright and change her mind before the dawn of another day.

During this time, covering a period of about twelve years, woman, the unprotected, has been the victim of professional opinion, and God knows she has paid the penalty. But when they had returned in an unlimited number to the shrine at which they had formerly worshipped with every conceivable form of discontent and domestic unhappiness as the only fulfilled promise absolution from their former disabilities, given to them under a solemn promise, the eyes of the profession (who claim the honor of practicing our specialty) opo-

ned wide with astonishment, coupled with regret (in the hear of every honest man) who saw by after experience that his promise had reacted to his own discomfiture. The dire consequences of this wholesale ablation of the generative organs of woman, and the apparently sympathetic tolerance evidenced by the peritoneum led the writer of this paper, in 1886, to begin a series of experimental operations upon the uterine appendages, which strictly speaking, was more radical than a hystorectomy, because it trusted such surgical work upon the appendages to the efforts of natnre for a cure, while the ultimate results were more conservative to the woman, because by the skill of the surgeon and the aid of nature she had been restored to health, and could still considerer herself a «woman».

I do not claim to be the first to have performed conservative Surgery upon the ovaries of woman. I desire to give full credit in this report to every man and his work from whom it has been my privilage to glean, from their writings, any knowledge in reference to this matter, and in'so-far as I have been able to discover, I give to Carl Schröder the honor of being the first to practice and publish conservative Surgery upon the uterine appendages, who, in 1885, publlished the report of five cases, the after results of which are not known to us in America.

It was in 1387 that I published the result of my first case, which was followed by pregnancy in three months, and, from fear of a return of her former trouble, a criminal abortion resulted. In 1889, August Martin of Greifswald, published ten cases; in 1891, eleven more, and in 1893, six additional. One of the 27 cases died; 24 cases were observed for a prolonged period. Of these, two had recurrent disease and eight became pregnant. Among 41 salpingectomies reported by Martin, only one became pregnant; a point which I desire to emphasize thus early in this report, with reference to the much more frequent occurrence of pregnancy, providing the tube is not mutilated.

You will readily understand, Gentlemen, and I think the conclusions you may be able to draw from the summing up of this report, will be evidence sufficient that I am not finding fault with the past, and the brilliant work that has been accomplished, but rather that I am looking to the future, and hoping that progress will be made in the direction that I have chosen to believe it will be, in the next decade.

I am not, of course, as familiar, with the work of my confreres in Europe as I am with those I am in touch with in my own country,

but those I have come in contact with, during my sojourns in various parts of the Old Country, prove to me that our confreres abroad get up very early in the morning. Von Winckel, Hofmeir, Schatz, Zweifel and P. Muller approved this method of procedure as early as 1893. In the same year Pozzi (1893) published twelve cases. Hegar, Leopold and Fritsch opposed it, but I am sure if they are not already converts to conservatism rather than radicalism, they will give the subject serious thought, for they are wise and fair minded men.

From 1887 the work of reform so-to-speak began in an active manner, and Hysterectomy «from whatever excuse could be plausibly given»; received and felt the desire among certain members of the profession, to break away from the cold blooded method of ablation of the woman's pelvic organs, and if possible seek a higher sphere of work in her behalf,—that of checking disease, which would ultimately result in her unsexing, and by skill and careful treatment secure the restoration to her (with an ability to perform their functions) her pelvic organs that had been so ruthlessly sacrificed in the past. This seemed to be a world wide desire, for the work was simultaneously undertaken in this country and abroad. But little attention was paid to it by the profession at large until 1891, when Polk in his masterly address before the American Congress of Physicians and Surgeons, held in Washington, championed the preservation, rather than the sacrifice of woman's pelvic organs, if by skill, perserverance and courageous surgery this could be accomplished in the future.

In very many of the cases we meet with it is necessary to do triple operations upon the genital tract, such as curretage, tracheloraphy and perineoraphy before it would be justificiable to attempt conservative work upon the appendages, with any prospect of a cure, or even the prevention of a return of the pelvic trouble. Even then the pelvic work must in many cases be accompanied by uterine and ovarian suspension in order that the function of menstruation should not be interfered with, or the possibility of pregnancy removed.

Dr. S. C. Gordon, of Portland, Me., reports two cases where complete oophorectomy was performed and within three years each patient became pregnant and went through full time and delivered a well developed child. Of course, some very small portion of one or both ovaries was left, and perhaps included in the ligature. Catgut was used and to this may be due the result, inasmuch as the tube may have become patent after absoption of the ligature. He has used only catgut for ligatures or sutures since 1884. In another case he removed one ovary, resected the other, did a ventrosuspension, and after

a lapse of two years the woman conceived and bore a child at full time. In several other cases puncture of one or both ovaries has been done by him with relief to the most obstinate and troublesome symptoms.

This method of procedure was not resorted to by the older operators. That was before the days of antisepsis and the mortality rate for even simple ovarian tumors ran high, so much so that we members of the house staff would lay wagers with one another as to how long a patient would live after such an operation.

Mark the difference in my own experience in a lapse of five years from that time (1882). A patient with pelvic disease which indicated operative procedure came to me for relief, but begged that I would not remove her tubes and ovaries. I opened her abdomen, broke up the adhesions in the pelvis, split her ovaries in half, took out portions of them that were diseased, slit up the abdominal wound. This patient was relieved of her symptoms and retained her normal functions. Three months later she conceived.

However, she was so afraid that pregnancy and labor would undo the good work I had done for her, that she had an abortion performed. Then she conceived a second time. Since then I have continued to do conservative work on the tnbes and ovaries. My work in this direction has differed somewhat from the work of other men, in that I have not tried to save everything, but I have tried to save what I thought would perform its function normally. In all I have operated upon 269 cases in this way, and without a death, until Christmas week of December, 1902, when I promptly lost two from violent general septic peritonitis, introduced into the women's abdominal cavity by the hands of a septic house surgeon who unconsciously infected a number of others in the Hospital, for other operators at the same time.

In doing conservative surgery upon the tubes and ovaries the first thing to do is to endeavor to put the inside of the uterus into a condition to become healthy. If plastic work on the genital canal is necessary, this must be done also. Then open the abdomen and do what work is indicated in each individual case.

In deciding what to do, the age of the patient is an important factor, as is also her social position. The domestic relations of the woman should also be considered. The after-effects of radical work and the dangers to which the patient is to be subjected should also carry weight. These five cardinal points should always be borne in mind. If the patient is a girl, anaemic, with cystic ovaries, and displaced

uterus, whose future is just beginning, you would not like to unsex her if you could save her appendages.

Dr. William T. Howard, of Baltimore, one of the nestors of gynecological surgery in our country long years ago, opposed such work, and cites many cases where his opinion was substantiated. He is still to the fore at the age of 82.

Then her social position. If the patient is a hardworking woman whose life is one of toil and who possibly would not be benefited by conservative work, you would not want to subject her to the hardship of a possibly necessary secondary operation. If she is a society woman, floating about half the day and half the night, and neurotic because of her dissipations, I should not so regret it if I did unsex her.

If the domestic relations of the patient were such that a radical operation would give an excuse to her husband to run around after half a dozen more, I would rather not give him the excuse. Then, again, if the work I should like to do would necessitate a prolonged anasthesia and the woman not able to stand it, I would prefer to do any operation that would not take so much time.

If the patient is over forty years of age, I would not be so anxioux to do conservative work although Kelly goes so far as to advocate the removal of fibroid tumors from the uterus of a woman who has passed the menopause by a number of years. I deem it advisable to do your plastic work first, un less you have to do a good deal in the pelvis, that may make peritoneal drainage necessary, in which case it is better to make two distinct operations, at different sittings.

I do not hesitate to remove small fibroids from the uterus. I have removed as many as sixteen from one woman, and left her appendages. I would not hesitate to open up a hydrosalpinx, wash out the tube and drop it back. I would not hesitate to open up a hematosalpinx, providing the tube was patent at the uterine end. If the tube is occluded at the uterine end, and if it was not the result of sepsis from abortion or gonorrhoea, I would not hesitate to open it and wash it out. If I found an ovary with a cyst, no matter what size, I would not hesitate to remove it and leave what healthy tissue I could find. There is one condition that may exist within the woman's pelvis, however, that requires the most radical and careful treatment, and that is, dermoid cyst of the ovary—the most deadly thing in a woman's pelvis. Therefore, let me entreat you, when you get a case of dermoid cyst, not to let one drop of its contents touch the other pelvic organs.

If it be the question of an heir to inherit a large property, or if

husband and wife were very anxious for offspring, I would do any amount of conservative surgery compatible with their wishes and safety.

Professor Polk and myself have discussed this subject thoroughly. We would open the abdomen of any woman to make sure of the cause of sterility, if this be requested, and that is not the least of the conditions for which I would operate. I would go still further and say that if there were certain forms of pyosalpinx which are *non septic*, in which the tube has not been destroyed, but is patent, I would wash out the tube and try to save it provided it was not of recent date. (See cases of Pyosalpinx in table of various operations.)

Individual judgment must decide whether or not an ovary or tube can be saved. (See consensus of opinion of operators.) After resecting whatever portion of the ovary is necessary, I close the ovarian wound with fine silk, the ordinary floss silk No. 00, such as is sold by the dry goods stores. I never use catgut for this purpose, because I cannot be positive that catgut is absolutely aseptic, and I have no wish to introduce sepsis with my suture material. Moreover, catgut that would last twelve days in the tissues, the time necessary for healing, would oblige me to use a very large size and a very large needle, and the result would be troublesome oozing from the needle punctures. Therefore I use a very fine silk and cambric needle, and carefully approximate the parts. The silk will last as long as you want it to. Two years ago, there came into the hospital a woman with a retro displaced, bound-down uterus. The tubes were also bound down. At her request I dit not remove the appendages, although the condition was not as good as in many other cases. I broke up the adhesion resected a half of each ovary and tube, and did a ventro-suspension. The woman recovered perfectly. She came occasionally to the clinic, as requested for observation, and one day a very large speculum in the hands of a student caused her much pain. A that time she was a few days passed her period and she at once began to bleed. We operated on her expecting to find an extopic gestation, but instead I found a blood vessel in the broad ligament had been ruptured and there was a large hematoma. At the second operation I found that the silk which I had used at the first operation, four and a half months previous, which was a twisted Japanese silk, although fine, was still unabsorbed at the tip of the tube. A year ago the woman again presented herself, seven and a half months pregnant. In this case only one-half of one tube and one-half of one ovary had been saved.

The surgeon who now does radical work in all cases, and I mean

by that removal of organs that conld possibly be saved to the woman, is open to the criticism of not being a conscientous man. He may be looked upon as not even a good mechanic, for skilful men are now doing myomectomy for fibroid tumor in suitable cases with conservatism as their goal, and a large number of pregnancies have followed their work, whereas but a short time ago complete hystorectomy seemed to be their only recourse. Of the two hundred and sixty-nine patients from whom I have removed portions of tubes and ovaries, coupled with various forms of plastic operations, including ventro and ovarian suspension, I have so far been able to trace forty-three pregnancies, thirty-five going to full term ard eight abortions. Many of the 269 cases have, of course, been lost sight of, as is inevitable in hospital practice.

Now, take for instance a case of salpingitis pure and simple. The fibriated extremity is closed, dilated and club shaped. The tip should be opened with scissors and the contents evacuated. It should then be washed out. If the tube contains pus it is best to wash it out before probing, in order that we may not carry septic material further into the tube.

The tube should be aspirated, then washed out with one of these four solutions: (1) Normal salt solution: (2) twenty per cent carbolic acid; (3) 1-5000 bichloride; or (4) a very weak solution of permanganate of potassium. After this is done, open and probe the tube. Catch up the tube and straighten it out, bearing in mind the direction of the uterine portion. Introduce the probe gently and if it passes into the uterus, we will know that the tube is patent. Then, if the tube has not been packed previously, it will be noted that some of the irrigating solution will be noticed in the vagina. If so, what excuse have we for removing the tube? None. Our aim is to keep that tube open so it will not close again; therefore, you do a phimosis operation on the end of the tube. Split up the dilated portion and roll it out. Then with fine silk and cambric needle, with over-and-over stitch, you go all around the tip of the tube, until you come to the place you started from, the probe being still in position. The fimbriase have been used up and absorbed and you have got to have something to aid the passage of the ova into the uterus. The canal of the tube is lined with ciliated epithelium. These cilia are constantly waving back and forth and it is this wave-like motion which carries the ovum into the uterus.

In hematosalpinx (dilatation of the tube with blood), the same condition exists, except that instead of being filled with serum or sero-pus, the tube contains blood that should have been carried of through

the uterus at the menstrual period. It is usually due to displacement or twisting of the tube causing a damming up of the blood. This condition is not septic and tubes thus affected can be saved. As the condition is usually due to displacement of the uterus, this must be remedied. The adhesions must be broken up and the uterus replaced and kept in position by ventro-suspension and tube treated in the same manner as for salpingitis.

Hydrosalpinx, a dropsical condition of the tube, due to repeated congestion and arrested drainage from any cause, is usually the sesult of displacemena of the uterus. It should be treated as a salpingitis and hematosalpinx.

In all these cases it is necessary to have a full history in order to determine the different varieties of tubal disease. A history of gonorrhoea, or abortion, or puerperal infection will at once put us on our guard, for in such cases the affection is usually septic. One word in regad to pus; it is well to remember that non-septic pus, formerly called ›lauable pus is free from odor, while septic, pus is very foul. If the pus of pyosalpinx is septic, beware of it. In 96 out of a 100 cases, occusion of the tube is present after septic abortion. In the other cases the pus will flow into the uterus. The latter cases are favorable. In all pyosalpinx cases the field of operation must be carefully protected with gauze packing in order to prevent peritoneal infection, be the method used abdominal or vaginal. It is well to have at hand a large hypodermic syringe or an aspirator to tap the pyosalpinx before you open the tube, in order to ascertain the character of the pus. If septic, inject the tube with a 1-1000 bichloride solution an withdraw the fluid, repeating this procedure a number of times in this way avoiding possible infection of the surrounding parts by evacuating the contents before splitting up the end of the tube. If it is difficult to get the tube into view we must place the patient in the Trendelenburg posture so that wè can see the tube *in situ*. After we have made sure that the tube is patent, we need not hesitate to drop it back into the peritonea cavity. If it is not septic, the peritoneum will take care of it. Moderate oozing will also be taken care by the peritoneum, but we must guard against any distinctly bleeding point at the end of the tube.

Now, respecting complications and after-treatment of these cases. One complication is fibroids, small or large. If possible, myomectomy should be done. In doing this, one point is to be remembered; we must not take the fibroid off too close to the uterus, for in that case we will leave a gaping wound. Enucleate the tumor in such a way as to leave sufficient peritoneal covering to be able to close the wound without

traction. Split the capsule and take the fibroid out and remove the tumor by morcellement if necessary. Then with catgut (No, 1 Chromic—I do not use silk in the fundus, because the uterine tissue will contract and leave the sutures loose—)bring the flaps of peritoneum together with a continuous suture. Good drainage is essential in these cases. It the fibroid is buried deep in the uterine tissue, it is well to make an opening into the uterine cavity to provide for drainage.

This will guard against a collection of blood or pus within the muscular structure of the womb. Two or more rows of sutures are sometimes necessary to close the uterine wound left by the removal of a fibroid. If there are several fibroids, never mind how small, repeot the procedure, removing all. Cul-de-sac drainage is sometimes necessary.

In order to hold the uterus up in these cases, I do ventro-suspension by means of two salmongut sutures inserted through the fundus and abdominal wall, and leave them there three weeks. At the end of that time a firm suspensory ligament will have formed and that will hold the uterus up. *This is essential in conservative surgery upon the tubes.*

I never do vêntro fixation. There is a marked difference between that and ventro suspension. Fixation is a pernicious procedure. It immobilizes the uterus and interferes with diaphragmatic action of the pelvis structures. Rather than do fixation I would suggert knuckling the round ligaments and in this way shorten them and hold the uterus forward, by the operation of Ferguson, McGannon or Byford. The latter operates somewhat as I do.

Bear in mind that the object is to suspend the uterus so that it cannot become retroverted and again drag down the tubes and ovaries.

After the patient has been put to bed you may be nervous about the case fort the first 24 or 48 hours, but the patient will usually get well. If you close the abdominal wound properly, there is no reason why the patient should have a hernia; neither is there any danger of intestinal paresis if the patient is properly treated. As soon as she comes out of ether she should be given a saline, to increase the vermicular action of the intestines, empty the stomach, and carry away gas. Three, four, five or six Sedlitz powders should be given. Do not let the patient lie all the time on her back, but have the nurse move her first on one side and then on the other. This will prevent the formation of adhesions by changing the position of the intestines. The bowels should move at the end of 24 hours. This is important. The intestinal canal is the best drainage-tube you can have. Do *not* give morphine, for morphine will mask every symptom that can possibly arise; it will stop peristalsis; it will stop all secretions; it will permit sepsis;

it will produce nausea which cannot be distinguished from the continued nausea of ether or from the nausea of intestinal obstruction. No food should be allowed until after the bowels have moved. Then you can begin with milk and vichy. You will find that this treatment will produce good results.

It is well to keep the patient in bed fourteen or sixteen days. If you have made ventro-suspension I advise you to allow the stitches to remain in for twenty-one days. They may possibly cut into the abdominal wall and make it sore, or even cause a small stitch abscess, but this will do no harm. The first mentruation may be delayed. As soon as the first symptoms appear, it is my practice to put the patient to bed and keep her there until two days after the flow has ceased, for she has not fully recovered from the operation, and the part are not yet able to bear the distension and engorgement. (A mild cathartic should also be given). If the ovary enlarges during this temporary stage of congestion, put the ice-bag on the abdomen, and keep it there day and night until the fever following the congestion has subsided. I give hot, vaginal douches at a temperature of 116° F. four times a day for such a condition. If this is unpleasantly hot to the external genitals, I apply an ointment of aristol or zinc. I do not poultice the abdomen. The ice bag is better. Intercourse should be forbidden for two months after the operation.

Since 1887 many operators have taken up this conservative work and excellent results have been recorded. The work has advanced to such an extent as to revolutionize pelvic surgery and save to thousands of women, appendages that would formerly have been sacrified. The operative mortality is insignificant, sex is maintained, the subjective and objective symptoms are relieved in the vast majority of cases, and over ten per cent of the women are known to have continued to bear children. When we bear in mind that the majority of these cases cannot be followed up it is reasonable to suppose that the number of parturients is much in excess of ten per cent.

The following material which I have secured by correspondence is appended in alphabetical order.

W. H. BAKER Boston, Mass.

One case
Removed one ovary and tube
Resected other ovary
Woman became pregnant

This case is peculiarly interesting because the patient with one-half of one ovary gave birth to twins.

H. J. BOLDT. New York, NY.

Total number of cases	82
Left ovary diseased	32
Right ovary diseased	33
Which ovary not stated	13
Left tube diseased	24
Right tube diseased.	23
Which tube not stated	1
Left ovary resected	26
Right ovary resected	26
Which ovary not stated	12
Left ovary punctured	4
Right ovary punctured	3
Which ovary not stated	1
Left tube resected	20
Right tube resected	19
Which tube not stated	1
Left ovary removed	0
Right ovary removed	4
Left tube removed	3
Right tube removed	4
Ventro suspensions	7
44 patients average age	30
Pregnancy	1
Died	0

Dr. Boldt adds: My opinion, based upon numerous observations, is that whenever possible a part of the pelvic organs should be saved by plastic surgery instead of being removed by radical operation. I have not found that conservative operations done on patients who have *suppurative* disease of the adnexa have been productive of subsequent pregnancies, but the menstrual function has been retained, which is very essential because of the nervous sytem.

My invariable rule when operating upon ovarian tumors has always been to leave whenever possible a part of the ovarian stroma, not so much in the hope that pregnancy will follow, but in order to maintain the function of menstruation.

I hardly think ignipuncture of the ovaries justifiable or conservative; best left alone.

J. BRETTAUER New York, NY.

Total number of cases		31
Left ovary diseased		12
Right ovary diseased		11
Ovary diseased not stated		13
Left tube diseased		11
Right tube diseased		13
Tube diseased not stated		12
Left ovary resected or punctured		7
Right ovary resected or punctured		7
Which ovary not stated		11
Left tube resected, &c.		8
Right tube resected, &c.		7
Which tube not stated		10
Left ovary removed		3
Right ovary removed		4
Which ovary not stated		3
Lef tube removed		3
Right tube removed		6
Which tube not stated		2
Pregnancies		3
Ventro suspension		2
Appendectomy		1
Vaginal section	at least	17

W. L, BURRAGE, Boston, Mass.

Total number of cases	187
Symptomatic Recovery	73 %
Anatomical Recovery	64 %
Died	3
Pregnancy	23

The summing up of Dr. Burrage's statistics readily evidence the fact that he is one of the most successful operators of whom it is my privilege to quote. I wish I could publish his paper in full, as it is a most convincing argument in favor of the work of which my paper is the subject.

A. BROTHERS, New York, NY.

Total number of cases	50
Vaginal Sections	18
Laparotomies	25
Pregnancies	8
Vertro suspensions	6

Dr. Brothers in reporting the 50 cases regrets his inability to give fuller details concerning the ocurrence of pregnancy, because the majority of his cases were hospital patients whose after history could not be traced. So far has known to him his results were satisfactory.

A. P. CLARKE, Cambridge, Mass.

Total number of cases	13
Pregnancy	3
Recovery	12
Improved	1
Married (date for 3 only)	8
Average age (over)	30
One or both ovaries diseased	5
One or both tubes diseased	8
Resection of tubes or ovaries	100 °/o

HENRY C. COE, New York, NY

He has had five cases of pregnancy following conservative surgery of the ovaries, etc.

E. B. CRAGIN, New York, NY

Total number of cases	33
Left ovary diseased	26
Right ovary diseased	27
Left tube diseased	32
Right tube diseased	29
Left ovary resected	10
Right ovary resected	10
Left tube resected	16
Right tube resected	13
Left ovary removed	16

Right ovary removed	17
Left tube removed	17
Right tube removed	15
Implantation of ovary	1
Died	1
Married	33

Dr. Cragin reports that in only one of his cases was second operation required.

He reports only one pregnancy because of inability to trace his trace his cases; they have been hospital cases only.

C. G. CUMSTON, Boston, Mass.

Total number of cases	47
Married	20
Single	27
Age	from 18 to 35
Ovarian Dysmenorrhoea	100°/₀?
Bilateral Resection of Ovary	31
Unilateral Resection of Ovary	16
Pregnancy	12
Recovery	25
Improvement (decided)	12
Unknown	10

In all of Dr. Cumston's cases we find that fine catgut was used as suture material in the ovary with good results. He reports among the number one most interesting case where with only half an ovary remaining the patient gave birth to a healthy child two years after operation.

RICHARD DOUGLAS Nashville, Tenn.

Total number of cases	30	
Married	5	
Salpingitis	7)	: 30
Cystic Ovaries	23)	
Resection of Tubes	7)	: 30
Resection of Ovaries	23)	
Pregnancy	5	
Died	0	

In summing up his report Dr. Douglas is of the opinion that many of the small cystic ovaries formerly resected do not need anything but puncture of the cysts. He is also convinced that either gall bladder or appendical operations should have accompanied the work. He is not in favor of resecting the tube.

A. PALMER DUDLEY, New York, NY.

SUMMARY

Total number cases	269
Left ovary diseased	204
Right ovary diseased	188
Left tube diseased	59
Right tube diseased	53
Left ovary resected	130
Right ovary resected	141
Left ovary punctured	25
Right ovary punctured	30
Left tube resected	28
Right tube resected	22
Left ovary removed	41
Right ovary removed	26
Left tube removed	29
Right tube removed	26
Ventro-suspension	99
Appendectomy	32
Pregnancy (To term 35; abortions 8)	43
Implantation of Ovary	7
Vaginal Section	11
Kidney Suspension	1
Married or Single, data on	198
Married	154
Single	44

These operations were performed at the following places; Private Sanitarium, New York City, 101; privat cases elsewhere, 41; Mary Hitchcock Hospital, Dartmouth College, 14; Mary Fletcher Hospital, University of Vermont, 5; Harlem Hospital, New York City, 32; Post Graduate Hospital, New York City, 76.

SHERWOOD DUNN, Los Angeles, California.

Dr. Dunn read a paper before the American Association of C tricians and Gynecologists, August 18th 1897, on conservatism ir rian surgery. (Sec. Med. Record, Oct. 2nd 1897.)

J. J. EARNEST, Atlanta, Georgia.

Total number of cases
Resection of ovaries
Bilateral oophorectomy (second operation)
Cured or much improved
Not improved (ovaries afterward removed)
Pregnancy

Dr. Earnest favors conservative work and from his own su ses is encouraged to continue.

ALEX. HUCH FERGUSON, Chicago, 111.

Total number of cases
Left ovary diseased
Right ovary diseased
Left tube diseased
Right tube diseased
Left ovary resected
Right ovary resected
Left ovary removed
Right ovary removed
Pregnancies
Ventro-suspension (Kelly)
Anterior trasplantation of round ligaments (Ferguson)
Appendectomies
Cholelithomies
Nephrotomies

Dr. Ferguson also describes six additional cases of surgery the tubes wich or without participation of the ovaries. Owing t complicated character of the intervention these cases are not en rated with the preceding, No pregnancies followed.

C. C. FREDERICK, Buffalo, NY.

Total number of cases	125
Right ovary diseased	48
Left ovary diseased	65
Right tube diseased	60
Left tube diseased	73
Right ovary resected	23
Left ovary resected	18
Right ovary removed	25
Letf ovary removed	47
No. of pregnancies (1 woman pregnant 3 times since operation.)	8
Ventro-suspension	12
Appendectomy	8

J. RIDDLE GOFFE, New Yrk, NY.

Total number of cases	115
Vaginal sections	111
Laparotomy	4
Pregnancy	10

Prof. Goffe is one of the most earnest advocates of the vaginal route (through the anterior fornix) for this form of work that we have in America. The above statistics evidence that fact, He has many followers and the question is still debatable with us in America; viz. Abdominal versus Vaginal route.

A. GOLDSPOHN, Chicago, Ill.

Dr. Goldspohn is justly entitled to rank as one of the pioneers in conservative surgery of the ovary. On June 5 th 1901, he read a paper before the American Medical Association in which he reported 97 cases of cystic degeneration of the ovary treated conservatively by incision and ignipunture. Pregnancy followed in 10 cases. In all laparotomies results were satisfactory two years after intervention. In one half the vaginal sections, results were unsatisfactori. Results were good after inguinal section. (See Med. Record June 8th 1901.)

S. C. GORDON, Portlann, Me.

See text of my article in which two cases are mentioned.

J. D. GRIFFITH, Kansas City, Mo.

Cases of resection of ovary		4
Age	all under	28
Ventro-suspension		4
Pregnancies		3

WILLIAM H. HUMISTON, Cleveland, O.

Total number of cases	5
Pregnancies	5
Left ovary diseased	4
Right ovary diseased	5
Left tube diseased	1
Right tube diseased	5
Left ovary resected or punctured	3
Right ovary resected or punctured	0
Left ovary removed	1
Right ovary removed	5
Left tube removed	1
Right tube removed	5
Ventro-suspension	3

According to Dr. Humiston's report one woman became pregnant after both ovaries and tubes were supposed to have been removed. Evidently some portion of ovarian structure must have been left. See quotation from Dr. Gordon's report.

EDWARD J. ILL, Newark, N. J.

Total number of cases	66
Left ovary diseased	34
Right ovary diseased	28
Left tube diseased	40
Right tube diseased	33
Left ovary resected	13
Right ovary resected	14
Left tube resected	14
Right tube resected	6
Left ovary punctured	3
Right ovary punctured	1
Left tube oponed	4
Right tube opened	4

Left ovary removed	21
Right ovary removed	17
Left tube removed	25
Right tube removed	24
Appendectomy	3
Herniotomy (femoral)	1
Ventro-suspension	20
Vaginal section	2
Pregnancy	8
Married	57
Average Age	30
Recovered	35
Improved	12
Not improved	2
Died	1
No report	16

Dr. Ill's report shows most gratifying results, and his average of pregnancies reported (9 in 50 cases) compares favorably with my own.

JOS. E. JANVRIN, New York, NY.

He quotes no statistics, but expresses a firm belief in the wisdom of preserving the function of menstruation as indispensable to the well being of his patients.

CHAS. JEWETT, Brooklyn, NY.

Dr. Jewett in a material of 62 cases of conservative surgery of the ovaries, etc., knows of but 3 cases of pregnancy occurring subsequently. He believes, especially in the case of young women, that any portion of the ovary which adpears to be sound to the naked eye should be allowed to remain.

JOSEPH TABER JOHNSTON, Washington, D. C.

Dr. Johnston advoated the conservative treatment of the diseased ovary before the Southern Surgical & Gynecological Association, December 6 th 1898. (See Jour. Amer. Med. Asso. December 17 th 1898).

MATHEW D. MANN, Buffalo, NY.

Dr. Mann. Has seen pregnancy follow where the ovaries seemed at the time to be hopelessly diseased; not so with the tubes, however.

W. P. MANTON. Detroit, Mich.

Number of cases	28
Married	22
Single	6
Left ovary diseased	13
Right ovary diseased	23
Ovary diseased, not stated	4
Left tube diseased	2
Right tube diseased	5
Left ovary resected or punctured	15
Right ovary resected or punctured	20
Ovary punctured not stated	4
Left tube resected	0
Right tube resected	1
Left ovary removed	2
Right ovary removed	5
Left tube removed	2
Right tube removed	4
Pregnancy	2
Cured or greatly improved	All but 2 or 3

Dr. Manton reports a most interesting case in which he found a third ovary embedded in the vaginal wall at the cervico-vaginal junction. The cysts in this third ovary were removed by vaginal section. In nearly every case reported other plastic work upon the genital tract was performed.

His results with two or three exceptions were entirely satisfactory.

SIMON MARX, New York, NY.

Dr. Mary writes of an interesting case of pregnance after practically all ovarian tissue had been removed in two consecutive operations.

ROBERT MORRIS, New York, NY.

Dr. Morris has sent me a valuable communication on conservative surgery of the ovary, but as he deals almost exclusively with the question of implantation, I can hardly make use of it in this connection.

H. A. NEWMAN, Chicago, III.

Total number of cases	86
Resection of ovaries	86
Recovery	60%
Improvement	20%
Required secondary intervention	20%
Pregnancy (3 abortions)	8
Suspension of uterus or ovaries	50%

Although guarded in his opinion Dr. Newman is in favor of conservative work, and his report shows most gratifying results.

RICHARD C. NORRIS, Philadelphia, Pa.

Total number of cases	42
Controlled by statistics	28
Symptomatic recovery	20%
Improvement	30%
Relieved by second operation	15%
Unimproved	35%
Pregnancies (in 10 cases)	2

Dr. Norris has but recently read a paper on Conservative Surgery of the Uterine Appendages before the Lancaster County Medical Society (Pa.). His experience in this field extends over some 8 years. The material is confined to hospital work.

Generally speaking he is the most pessimistic of my correspondents in regard to conservative work. The results, he says, are often discouraging. There appears to be no definite relationship between the amount and character of intervention and the final result, which makes prognosis extremely difficult.

It must be borne in mind that Dr. Norris's views are based upon a rather small material—28 cases.

WILLIAM M. POLK, New York, NY

Dr. Polk has had experience with a very large number of conservative cases. According to his recollection he has operated 273 times. In the absence of documental evidence his figures are not counted with the actual totals. He only knows of 5 cases of pregnancy. Most of his material consists of charity cases from Bellevue Hospital.

In 1896 Dr. Polk read a paper before the Society of Physicians and

Pathoiogists at Washington in which the subject of conservatism was discussed. (See American Practitioners, Vol. I and Med. Record, Sept. 19th 1886.)

M. J. PORTER, Fort Wayne, Ind.

Number of cases	over	50
Resection or Puncture of Ovaries and Tubes		100 %
Pregnancy		0
Results «satisfactory»—better in ovarian work		

JOSEPH PRICE, Philadelphia, Pa.

In a report of 100 cases of resection of the ovary it is stated that pregnancy followed in a goord percentage of the cases. In some instances only a third or fourth of the ovary was left. Dr. Price declines to resect the tubes, preferring to remove them entirely.

EDWARD REYNOLDS Boston, Mass.

Total number of cases	8
Left ovary diseased	3
Right ovary diseased	3
Ovary diseased not stated	2
Left tube diseased	6
Right tube diseased	6
Non ovaries resected	0
One ovary punctured (not stated which)	1
Left tube resected	5
Right tube resected	3
Right tube punqtured	1
Left ovary removed	3
Ovary removed not stated	1
Right ovary removed	3
Left tube removed	1
Right tube removed	2
Pregnancy	0
Recovery (data in 3 cases only)	3

Dr. Reynolds holds the record with us in this country as a successful operator in Caesarian section.

The report of his cases does not represent more than 10 % of the

work he has done, but it is evidence sufficient that he is a thorough believer in conservatism in appropriate cases.

E. C. SAVIDGE New York, NY.

Number of cases	Large.
Implantations (abdom. operations)	100°/o
Pregnancy	4

Results; very gratifying in all respects but pregnancy.

F. F. SIMPSON Pittsburg, Pa.

Total number of cases	53
Right Salpingo oophorectomy	11
Left » »	10
Right ovary resected	6
Left « »	7
Right Salpingostomy	3
Left »	2
Ventrosuspension, etc.	33
Pregnancies	5
Appendectomies	7

LAPTHORN SMITH MONTREAL, CANADA

Left ovary diseased	14	Right ovary diseased	16
» tube »	17	» tube »	14
» ovary exsected	3	» ovary exsected	10
» tube »		» tube »	1
» ovary removed	9	» ovary removed	5
» tube »	16	» tube »	12
Ventro-suspension	2		

Results:

Good	12
Pregnancy	2
Unsatisfactory	4
Unknown	1
Number of cases	17
Married	12
Single	5
Average Age under	30

I. N. STONE, Washington, D. C.

Left ovary diseased	69	Right ovary diseased	
» tube »	18	» tube »	
» ovary exsected	12	» ovary exsected	
» tube »	2	» tube »	
» ovary removed	26	» ovary removed	
» tube »	15	» tube »	
» ovary punctured	33	» ovary punctured	

Ventro-suspensión	36
Appendectomy	6
Pregnancy	1
Myomectómy	6
Vaginal Séction	3
Vaginal Suspension	1
Hystorectomy	2

Cured	44
Relieved	40
Not relieved	1
Average age	28
Married	53
Single	32
Number of cases	85

Dr. Stone is averse to doing conservative work upon infe cases, but believes most emphatically in leaving any portion of l thy ovarian tissue in the young.

MAGNUS A. TATE, Cincinnati, O.

Total number of cases	2
Left ovary diseased	2
Right » »	1
Left ovary resected or punctured	2
Right » » »	1
Ventro-suspension	1
Pregnancies	0
Recoveries	2

JOHN F. THOMPSON, Portland, Me.

Dr. Thompson reports one case in which both ovaries were cystic. The left was removed and the right resected. The woman subsequently became pregnant and gave birt to twins

ALBERT VAN DER VEER, Albany, NY.

«Ovarian surgery is much more satisfactory and attended with better results than tubal surgery.

H. N. VINEBERG New York, NY

Total number of cases	106
Vaginal sections	34
Laparotomies	72
Pregnancies	12
Operation failed	10
Died	1
Cured or much improved	95

Dr. Vineberg's report evidences the fact that this work can be done per vaginam with as good results as by the abdominal route, which leaves this question still open for discussion.

EDWIN WALKER Evansville, Ind.

Total mumber of cases	6
Left ovary diseased	5
Right » »	5
Left tube »	5
Right » »	5
Left ovary resected	1
Right » »	4
Left ovary punctered	1
Left tube resected	1
Right » »	2
Left ovary removed	3
Right » »	0
Left tube removed	5
Right » »	3
Ventro-suspension	1
Pregnancy	1

Average Age	30
Cured	2
Improved	1
Not improved	1
Too recent for results	2
Married	6

F. J. WATKINS Chicago, Ill.

Dr. Watkins knows of several cases of pregnancy following ovarian surgery, but has kept no records.

C. A. WHEATON, St. Paul, Minn.

Dr. Wheaton sums up the whole question in such a concise and straightforward manner that I desire to quote his letter in full:
«I have before me your favor of November 19th relative to your report to the International Medical Congress which meets in Madrid in April, upon Conservative Surgery of the Uterine Appendages.

In our hands Conservatism has proven a great boon to suffering Femininity. I regret that our cases are not so classified that they can be of service to you. We have repeatedly made operations on the pelvic organs of the female, often removing the uterus and leaving the ovaries; often removing the tubes and leaving the ovaries and the uterus, often removing both tubes and leaving one ovary, often removing a tube on one side and an ovary on the other, often removing portions of ovary or tube, and I have yet to see the case in which I have regretted that sort of conservatism. It seems to me that the all important question, independent of every other consideration, is the leaving ovarian tissue enough to preserve the sexual integrity of the woman. When I say «sexual integrity» I mean in its physiological sense. A woman, deprived of her ovarian machinery, to my mind, is as much a defective as the ennuch, or the children born without any of the organs which go to make up the perfectly developed animal.

I regret that I am unable to give you a series of cases classified, but I have never kept a consecutive record of my work.»

H. T. WILLIAMS, Rochester, ny.

Total number of cases.	250
Available for statistics.	155
Ventro-suspension.	52

Appendectomies.	30
Right ovary diseased.	85
Left ovary diseased.	60
Pregnancies.	25

SUMMARY

An analysis of the preceding tables gives the folloving resultal:

TOTAL NUMBER OF CASES

Baker	Boston, Mass.	1
Boldt	New York, NY.	82
Brettauer	New York, NY.	31
Brothers	New York, NY.	50
Burrage	Boston, Mass.	187
Cllarke	Cambridge, Mass.	13
Coe	New York, NY.	5
Cragin	New York, NY.	33
Cumston	Boston, Mass.	47
Douglas	Nashville, Tenn.	30
Dudley	New York, NY.	269
Earnest.	Atlanta, Ga.	8
Ferguson	Chi ago, Ill.	75
Frederick	Buffalo, NY	125
Goffe	New Yor, NR.	115
Goldspohn	Chicago, Ill.	97
Gordon	Portland, Me.	2
Griffith	Kansas City, Mo.	4
Humiston	Cleveland, O.	5
Ill	Newark, N. J.	66
Manton	Detroit, Mich.	28
Marx	New York, NY.	1
Newman	Chicago, Ill.	86
Norris	Philadelphia, Pa.	42
Palmer	Cincinnati, O.	88
Porter	Fort Wayne, Ind.	50
Price	Philadelphia, Pa,	100
Reynolds	Boston, Mass.	8
Simpson	Pittsburg, Pa.	53
Smith	Montreal, Canada.	17
Stone	Washington, D. C.	85
Tate	Cincinnati, O.	2

Thompson	Portland, Me.	1
Vineberg	New York, NY.	106
Walker	Evansville, Ind.	6
Williams	Rochester, NY.	155
		2.168

This number oculd be considerably increased by including figures furnished from memory, etc., without proper documentation.

AVERAGE AGE.

In but few reports is the age recorded. From the statistics submitted by Boldt, Ill, Smith,Stone and Walker, it appears that the average age of patients is slightly below 30 years.

MARRIED OR SINGLE.

Most reports are also defective in this respect. Out of 405 cases reported by Cragin, Dudley, Ill, Smith, Stone and Walker, 315 are known to have married nearly 80 %.

LEFT OVARY DISEASED

Boldt	32
Brettauer	12
Cragin	26
Dudley	204
Ferguson	46
Frederick	65
Humiston	4
Ill	34
Manton	13
Reynolds	3
Simpsoon	17
Smith	14
Stone	69
Tate	2
Thompson	1
Walker	5
Williams	60
	603
Cumston	31
	634
Palmer	88
	722

RIGHT OVARY DISEASED

Boldt	33
Brettauer	11
Cragin	27
Dudley	188
Ferguson	23
Frederick	48
Humiston	5
Ill	28
Manton	23
Reynolds	3
Simpson	17
Smit	16
Stone	69
Tate	1
Thompson	1
Walker	5
Williams	85
	583
Cumston	31
	614
Palmer	88
	702

LEFT TUBE DISEASED

Boldt.	24
Brettauer.	11
Cragin.	32
Dudley.	59
Ferguson.	22
Frederick.	73
Humiston.	1
Ill.	40
Manton.	2
Reynolds.	6
Simpson.	12
Smith.	17
Stone.	18
Walker.	5
	322

RIGHT TUBE DISEASED

Boldt.	23
Brettauer.	13
Cragin.	29
Dudley.	53
Ferguson.	17

Frederick.	60
Humiston.	5
Ill.	33
Manton.	5
Reynolds.	6
Simpson.	14
Smith.	14
Stone.	31
Walker.	5.
	308

LEFT OVARY REMOVED

Brettauer	3
Cragin	16
Dudley	41
Ferguson	20
Frederick	47
Humiston	1
Ill	21
Manton	2
Reynolds	3
Smith	9
Stone	26
Thompson	1
Walker	3
	193
Palmer	88
	281
Conservative operation	370
Total operations on left ovary	651

	Conservative		
	L	R	
	367	384	754
	Radical		
	L	R	
	281	241	522

LEFT OVARY RESECTED (OR PUNCTURED)

Boldt	30
Brettauer	7
Cragin	10
Cumston	31

Dudley	155
Ferguson	26
Frederick	18
Humiston	3
Ill	16
Manton	15
Simpson	7
Smith	3
Stone	45
Tate	2
Walker	2
	370

RIGHT OVARY REMOVED

Boldt	3
Brettauer	4
Cragin	17
Dudley	26
Ferguson	7
Frederick	25
Humiston	5
Ill	17
Manton	5
Reynolds	3
Simpson	11
Smith	5
Stone	25
	153
Palmer	88
	241
'Conservative operations	384
Total	625

RIGHT OVARY RESECTED (ON PUNCTURED)

Boldt	29
Brettauer	7
Cragin	10
Cumston	31
Dudley	171
Ferguson	16
Frederick	18
Ill	15
Manton	20
Simpson	9
Smith	10
Stone	43
Tate	1
Walker	4
	384

LEFT TUBE REMOVED.

Boldt	3
Brettauer	3
Cragin	17
Dudley	27
Humiston	1
Ill	25
Manton	2
Reynolds	1
Simpson	10
Smith	16
Stone	15
Walker	5
	127
Conservative operations	96
Total operations on left tube	223

LEFT TUBE RESECTED (OR OPENED)

Boldt	20
Brettauer.	8
Cragin	16
Dudley	28
Ill	14
Reynolds	5
Simpson	2
Stone	2
Walker	1
	96

RIGHT TUBE REMOVED

Boldt	4
Brettaur	6
Cragin	15
Dudley	26
Humiston	5
Ill	24
Manton	4
Reynolds	2
Simpson	11
Smith	12
Stone	26
Walker	3
	138
Conservative operations	83
Total on right side	22 1

Conservative

R	L	
83	96	179

Radical

R	L	
127	138	265

RIGHT TUBE REMOVED (or opened)

19
7
13
22
6
1
4
3
1
5
2
83

SUSPENSION OF UTERUS

82	7
31	2
50	6
244	99
69	22
73	12
4	4
5	3
66	20
53	33
17	2
85	36
2	1
6	1
155	52
942	300

APPENDICECTOMIES

31	1
244	32
69	30
73	8
66	3
85	6
155	30
53	7
776	117

In 776 cases reported by Brettauer, Dudley, Ferguson, derick, Ill, Simpson, Stone and Williams, appendicec was performed 117 times.

PREGNANCIES

Baker
Boldt
Brettauer
Brothers
Burrage
Clarke
Coe
Cragin
Cumston
Douglas
Dudley
Ferguson
Frederick
Goffe
Goldspohn
Gordon
Griffith
Humiston
Ill
Jewett
Manton
Marx
Newman
Norris
Polk
Savidge
Simpson
Smith
Stone
Thompson
Vineberg
Walker
Williams

RESULTS

Operator.		Recovery or marked improvement.	Unimproved.	Died.
Boldt	(82)			0
Burrage	(187)	136		3
Clarke	(13)	13		0
Cragin	(33)			1
Cumston	(37)	37		
Douglas	(30)			0
Earnest	(8)	7	1	0
Ill	(50)	47	2	1
Manton	(28)	25	3	0
Newman	(88)	69	17	0
Palmer	(3)			3
Reynolds	(16)	3		
Smith	(85)	12	4	0
Stone	(2)	84	1	0
Tate	(106)	2		0
Vineberg	(4)	95	10	1
Walker		3	1	0
				9

Thus in 860 operations but 9 patients are known to have died from intervention. In 435 cases in which complete results are given the operation was successful in 39 (10 °/₀ failures; 1 °/₀ mortality).

An analysis of the recorded lesions, operations, etc. reveals certain data of interest.

There is a slight preponderance of disease on the left side, 722 diseased ovaries as contracted with 702 on the right side; while the tubes show a similar preponderance, viz: 322 an against 308. While these differences are slight, they are probably not due to chance, but should be susceptible of explanation on circulatory grounds (absence of valves in left spermatic vein, pressure of fecal matter in sigmoid flexure upon this vein, etc.)

The figures show that conservative operations were performed upon the left ovary 370 times, while the organ was removed 281 times. The corresponding figures for the right ovary are 384 conservative and 241 radical operations. Hence the totals comprise 754 conservative and 522 radical operations. This excess of conservative intervention is bound to increase in the future.

When we come to operations on the tubes the figures for conservative and radical intervention are found to be reversed. Thus on the left side there were 127 complete extirpations of the tube against 96 resections, punctures, salpingostomies, etc. The corrasponding figures for the right tube are 133 radical and 83 conservative operations. The totals are, therefore; 265 extirpations and 179 partial operations. A number of surgeons are outspoken against conservative work on the tubes, and it is difficult to forecast the future in regard to the character of intervention upon the tubes accompanying conservative operations on the ovaries.

In regard to the statistics on utero suspensions, appendectomies, etc., given in my tables, it is only necessary to emphasize the fact that multiple operations, including plastic surgery of the genital tract, must frequently be performed in connection with conservative surgery of the ovaries.

In regard to results, two classes must be considered: The general outcome of the operation, and the preservation of sex. The primary mortality is quite insignificant, amounting to but about one per cent —9 cases in nearly 2200 (2168). It is possible that some of these few may not be attributable to the operation proper. In regard to the ultimate success of the intervention the tables show not over ten per cent of failures, and many of these were corrected by second operations, which, however, would be classed as radical intervention,

The overhelming majority of my correspondents express themselves plainly in favor of conservatism on general principles, the very few exceptions being duly noted under individual reports.

In regard to the preservation of sex, we do not find many statements as to the persistence of menstruation. It is to be regretted that operators cannot control their cases in this respect, but the difficulties are almost unsurmountable. The question of subsequent pregnancies can be answered very satisfactorily. Despite the great difficulties attending the following up of these caees, we have positive proof that at least 10 per cent of the women who make up my statistics became pregnant. When we bear in mind that many of these women doubtless do not desire offspring, and that quite a number had both ovaries removed (Dr. Palmer's cases), the percentage must be regarded as remarkable; for there is every reason to believe that many pregnancies were not located, while in many other cases the operations were of such recent date that pregnancy is likely to develop in due time.

I have not thus far mentioned the many cases of deformed and

twisted conditions of the tubes upon which we can do conservative work. Bearing in mind its anatomy and surroundings, it is not to be wondered at that the tube is subjected constantly and especially at the time of menstruation, to congestion and thickening, as a result of displacement or pressure, which will cause a temporary, if not a permanent, closure of some portion of its lumen. See plates of Dr. Ferguson and myself. Conditions such as these of the tube can be relieved by conservative work.

The «surgical menopause» so-to-speak, has become such a fruitful source of revenue to those in our profession who are eminent in their practice as nerve specialists, and the records of their work evidence such an accumulation of various nervous manifestations consequent upon the total removal of the uterus and appendages; or, (even to put it mildly), a partial removal of these organs, that it behooves the operating surgeon who is yearly doing a large amount of this work, to bear in mind, that possibly he may be sowing the seeds of disease in some other part of the body while he so skilfully removes that which he considers to be local.

Having had this fact many times so forcibly brought to my mind by the return of patients with these nervous symptoms, so prominent as to be a constant source of annoyance to them, I have been forced in defence of myself, and for the benefit of my patients, to give serious thought and study to this condition from the nervous standpoint, and rather than attempt to give you my own opinion from a clinical standpoint, something that you might not feel I was justified in offering to you from my knowledge alone, I much prefer to quote to you from the experience if one of our best known teachers upon nervous diseases in New York, or even the United States, Dr. Graemme Hammond, Professor of Nervous Diseases in the Post Graduate Medical School. He says:

«The more organs removed, the more pronunced the nervous symptoms are likely to be. The results most likely to follow, in mild cases, are those of neurosthenia. In more severe cases, from mild to severe grades of hysteria and dementia. In still others we see more severe mental disturbances, such as development of paranoi, melancholia and a mild grade of dementia, with severe hot flashes.

These hot flashes are very common even after the removal of parts of the pelvic organs, not necessarily the removal of all of them; say simply the uterus or one ovary. They get neurosthetic symptoms, insomnia, depression of spirits, with crying spells, irritability, inability to apply the mind to ordinary occupations, flushes of the face, etc.

These flushes are due to vaso motor paralysis, having its origin in the generative organs. That is probably cerebral, due to temporary paralysis of the sympathetic system.

There may be on the other hand attacks of coldness of the feet or hands which are the result of the blood vessels due to irritation.

This paralysis or irritation of the sympathetic system results unquestionably from the surgical operation. What that operation really does; how the removal of those organs affect the brain, whether it is from the cessation of the menstrual function or not, I am not quite so clear.»

(In answer to Dr. Hammond's query concerning just how the operation should interfere with the nervous centres, it is only necessary to call the attention of those of you who are daily operating, too the normal anatomy of the pelvis, its lymphatic, its sympathetic and its vaso-motor nerve supply, and then ask you if it can be possible to remove a section of an electrical supply to the different parts of the body, emanating from the brain, to cut out a section of its conductors on both sides of the body, and have the work gon on as before, until such time as that removal can be repaired by nature. It is only a homely comparison between the machinery of the body and the machinery of electricity and mechanics, but it seems to me only reasonable to suppose that if it produces defective action in the latter (mechanics) it must also do the same to the body.

«It would seem as if the ovaries and probably the testicles and something to the system which is necessary for that individual's complete development, and by removing the ovary or testicle, you deprive the system of someting which causes a perversion of nutrition. There is a progressive failure of sexual orgasm from coitus with the progressive changes in the nerves which supply the clitoris, but whether there is a failure of desire or not would be anhoter matter, because desire is purely cerebral. As the clitoris degenerates the power of experiencing the orgasm will diminish little by little until it finally fails altogether. These women for a time have erotic dreams showing the desire which they cannot appease by natural cohabitation. In a little while they stop.

There are some women who are abnormally sexual, and in such women the power of experiencing the orgasm lasts much longer than it does in the average woman. In some rare instances the sexual appetite is greatly increased after r:moval of the uterus and its appendages.

There are occasional cases which are unable to experience the orgasm and who turn from coitus with terror on account of the suffe-

ring which they undergo whenever coitus is attempted. These patients are ore of course greatly relieved by the removal of those organs which have caused their suffering. Sometimes in such cases as these the sexual desire is greatly increased after an operation and this increase may continue for years.

In some women with a pronounced neurotic history, there appears to develop after operations on the pelvic organs a periodical mania in which sexual fury is the pronounced sympton. In such cases there are periods in which the woman indulges in sexual excesses for days at a time, going clandestinely to houses of easy virtue for the purpose; and then there follows a period, in which (very often of several weeks duration) there is little or no sexual desire at all for them, to be followed in its turn by another period of sexual fury. These are cases of recurrent sexual mania, akin to recurrent attacks of dipsomania.

I would say this; that there is little doubt that the removal of the pelvic organs is very prone to induce degenerative cerebral changes in those who are predisposed by heredity to a neurosis. In other words, you take a woman who has a tendency to nervous disease im the family, and who is nervous herself, and that operation may induce paranoi, which might not have developed until the natural menopause at the age of fifty, or might not develop at all.

Reflexes.—In regard to the pain in the back, you can account for that by pressur upon the nerve centres in the pelvis.

Constipation.—Simply in those cases where neurosthenia is produced.

Typical Symptoms of Neurosthenia Resulting from this Operation in the Case of a Patient—Walks with difficulty on account of weakness and pain, the pain being located in both thighs. She has vertigo, insomnia, disagreeable dreams, depression of spirits, crying attacks, irritable, fretful, and a feeling of pressure in the head, and headache; flatulency, dyspepsia and constipation. Now, these are typical symptoms. In a good many neurosthonic subjects there is a great degeneracy of mind because they think that people can tell they have had this operation done by looking at them, and they get depressed from that, avoid society and hate to go out. I have seen a number of such cases.

When we remove the testicles from the male, he becomes timid and loses his virility and courage; he becomes fat and gross; there is also a similar change in the animal. The horse has not the health, the virility or the courage of the stallion. Now, simply cutting off his toe would not make this change. There is something vital taken away

from him, and the parts taken out constitute something that he especially requires.

With regard to hysterectomy, it is well known that a woman upon whom hysterectomy has been performed loses her sexual desire in about eighteen months therefrom, barring cases I have already mentioned. If it is possible to save the uterus, why not do it. If it is possible to save only part of a tube, save it. If it is possible to save only part of a tube, save it, provided that it is or can be made patent. If there is a fibroid in the uterus, remove the fibroid and leave the uterus, in selected cases. If there is a cyst in the ovary, remove the cyst and leave what healthy ovary an tissue you can. You know that this work can be done and that the resected ovary or tube will heal. If there is mild oozing of blood, the pelvic peritoneum will take care of it. This is conservative surgery. May it continue to develop in the future!

Bibliography

Beashan, A L.	Jour. Med. Assoc. 1900, XXXV. 539.
Burrage, W. L.	Amer. Jaur. Obstet. 1900. XLII, 195.
Harris, P. A.	Ann. Gyn, & Ped. 1900, XIII 752.
Dudley.	Amer. Jour. Obstet. 1900, XLIII. 397.
Jayle.	Clinique (Montreal) 1900 VI 286.
Kelly, J. K.	Glasgow Med. Jour. 1900, LIII 115.
Massey C. G.	Amer. Gyn. & Obstet. Jour. 1900, XVI 116.
Jayle	Presse Médicale 1900, 133.
Vidal	Revue de Gynécologies (Paris), 1900, IV 81.
Jarsaillon L.	Lyon Médicale, 1899-1900
Goldspohn	Trans. Amer. Assoc. Obstet. & Gyne. 1898, 307-315.
Johnson, J. T.	Amer. Jour. Obstet. 1899, XXXIX 221-224, also
	Amer. Pyn. & Obstet. Jour. 1899, XIV 1/6.
Coe, H. C.	Trans. Amer. Gyn. Soc. 1898, XXIII 381, 95
Palmer, C. D.	Cin. Lancet Clinic 1899, n. s. XLIII I.
Carsetns, J. H.	Internat. Clinics, 1898, 8 s. III, 283.
Martin C.	Med. Press & Circular (London) 1898, n. s. LXVI 503 1897-1898.
Wiener J.	N. Y.tMed. Jour. 1898 LXU 853-57.
Champneys & Robinson	Practitioner, 1827, LVIII 641-654.
Jayle	Revue de Gyn. et de chirur 1897 I. 403, 456.
Polh, W. M.	Amer, Gyn. & Obstet. 1897 XI 267.

Stinson, J. C.	Occidental Med. Times 1897 XI 565; L
Pozzi	Paris, 1897, p.
Dunn, B. S.	Med. Mirror, 1898, IX. 55.
Knauer	Centralbl. f. gyn. 1898 XXII 201, 1896/7.
Halley	Kansas City Med. Record 1896, XIII 73.
Cragin E. B.	Med. News, 1896, LXVIII 719.
Thomas	Medical Record 1896 L 769.
Coe, H. C.	N. Y. Poly. 1896, VIII, 107.
Clarh. G.	Thera. Gaz. 1396, 3 s. XII 802.
Polk W. M.	Trans. Amer. Gyn. Soc. 1896, XXI. 3.
Pokter M. F.	Amer. Jour. Surg. & Gyn. 1895, VIII, 164.
Fish, E. F.	Milwaukee Ded. Jour. 1896, IV. 370.
Lee, E. W.	Omaha Ciinic, 1896, IX. 98.
Dunn B. S.	Sout California Practitioner 1895, XI 455.
Montgomery, E. E.	Med. Conncil 1897, II 5.
J ohnson J, T.	Amer. Jour. Gyn. & Obstet, 1899, XIV, I.
Johnston Geo. Benn.	Med. News, May 13, 1899.
Glass, J. H.	Med. News, Apl, 29 1899.
Kelly H. A.	Brit. Med. Jour. Jan. 26, 1898.
Madden T. M.	Amer. Gyn. & Obstet. Jour. 1897, XI p. 502
Henrotin F.	N. X. Jour. of Gyn & Obstet 1895, VI. 769,
Polk W. M.	N. Y. Jour Gyn. & Obstet. 1893, 3, p. 649, also Amer. Jour. of Obst. XXIV, 9, 1891, 1050; also Amer. Jour. of Obstet. 1887, XX. 630. Jour. of Obstet. 1896.
Munde P. F.	Amer. Jour. of Obstet. 1888, XXI, 317.
Dudley	1890 XXIII, 185.
Gordon	Amer. Gyn. Soc. & Amer. Med. Association and Me. Med. Assor

Doleris	Amer. Jour. Obstet.	1890.	XXIII	1009
Dudley				1336
Martin				800
Landau				1157
Polk				1375
Mitchell				555
Polk		1891,	XXIV	1039
Doleris		1892.	XXV	130
Polk		1893.	XXVII	883
Barrows			XXVIII	804
Pozzi				446

Apostoli		1894.	XXX	775		
Vulliet				285		
Dudley				129		
Delancre				455		
Glasgow				705	747	
Præger		1895.	XXXII	891		
Dunn			XXXVI	571		
Robb				289		
Dudley			XXXVII	214		
Russell	Amer. Jour. Obstet.	1895		293		
Dudley			XXXVIII	407		
Lucas		1899	XXXIX	115		
Johnson				221		
Dudley		1900	XLI	114		
Dudley			XLII	397		
Montana				268		
Burrage				42,	90,	195
Morris		1901	XLIII	582		
Vidal				267		
Mauclaire				266		
Beyea			XLIV	324,		374
Dudley				417		

Burrage W. L. Med. News, Apl. 13, 1902.
Goldspohn A. Trans. Amer. Assoc. of Obstet & Gynecologists 1901, 230.
Beyea, H. D. Amer. Jour of Obstet. Sept. 1902.
Harris P. A. Med. News, Oct. 27, 1900.

Discussion.

Dr. GUTIERREZ (Santiago de Chile): Entusiasta partidario de la tendencia conservadora de la cirugìa moderna, uno también mis aplausos á los ya prodigados por esta asamblea á la comunicación del distinguido catedrático de Barcelona, Dr. Fargas.

A su interesante caso, que figura en el n°. 1 de su relación, voy ha agregar otro caso de mi práctica profesional.

Tratábase de una enferma nulípara portadora de un quiste ovárico derecho y de una salpingitis izquierda. Operación. Extirpado el quiste y la trompa enferma y encontrándose el ovario izquierdo con degeneración microsquística practiqué la ignipuntura. Curación. Embarazo normal y parto año y medio después.

Por lo que se refiere á lo aseverado por el Dr. Doyen respecto á observarse fenómenos de menapausia artificial aún en aquellos casos en que se ha dejado uno de los ovarios, cábeme sólo decir que en mi experiencia no he encontrado en estos casos grandes perturbaciones y que considero que siempre que pueda dejarse aun una pequeña partícula de ovario sano, es, dejarlo, un deber del cirujano.

Dr. RECASENS (Madrid): Creo que en todo caso las operaciones son una manifestación de la impotencia de la Medicina, pero creo asimismo que la reacción que se hace contra las operaciones sobre los anexos es exagerada, pues no ha dado la Medicina todavía el medio de convertir estas enfermas inválidas en mujeres útiles á su familia y á la sociedad.

Por lo que á España se refiere creo que el número de operaciones mutilantes que se han practicado no han llegado con mucho á lo que algunos suponen en otros países, las mujeres, sinó los ginecólogos, en España resisten las operaciones más de lo que á su salud les conviene.

Yo creo que el castrar completamente á una mujer, que por todos los medios empleados hasta hoy no ha podido ser curada, es hacer cirugía conservadora. Todos los ginecólogos hoy están contestes en conservar el ovario sano aun cuando el que ha motivado la operación estuviese muy enfermo; el mismo Lawson Tait, si hoy viviera, estoy seguro que, con los conocimientos actuales de las lesiones anexiales, sería de nuestro modo de pensar.

Hacer la colpotomía en caso de lesiones supuradas, antes que castración total, me parece muy acertado; pero, si esta resulta inútil, es preciso hacer la castración total.

Las operaciones conservadoras: ignipunturas, del ovario, salpingostomía, reseccion parcial del ovario, etc., creo que son operaciones que se pueden decidir después de abierto el vientre, pero no antes, y considero que abrir el vientre para hacer esta operación no está nunca justificado, si bien admito que son un recurso que se puede poner en práctica cuando, una vez abierto el vientre, encontramos que las lesiones son insuficientes para justificar su castración.

M. DOYEN (Paris): Il est incontestable qu'il ne faut pas chez une jeune femme enlever des annexes saines, mais le revirement actuel en faveur des extirpations partielles des ovaires et des trompes est exagéré.

Les prétendus accidents de la ménopause anticipée sont dus au contraire dans bien des cas à ce que le chirurgien à laissé des fragments d'ovaire, de trompes et d'utérus qui sont étranglés dans la cicatrice

comme un nerf dans un col vicieux. Ces accidents guérissant en pareils cas, par l'ablation de ce qui reste de l'utérus ou des annexes. La castration totale donne les meilleurs résultats quad l' opération radicale est necessitée par des lésions indiscutables et invétérées. Un examen clinique minutieux permet toujours de déterminer le genre d'opération qui convient a chaque cas.

Mr. J. L. FAURE (Paris): Messieurs, je crois, que dans cette question nous devons nous garder d'opinions absolues. Les uns veulent enlever toutes les annexes les autres veulent les conserver toutes. La vérité est entre les deux. Il est évident qu'il faut conserver les annexes qui paraissent saines mais à condition que leur conservation ne nuise pas au soulagement des malades.

Je crois d'ailleurs que l'on a exagéré des deux côtés, et les inconvénients qu'il y a à conserver des annexes peu malades, et les inconvénients de la ménopause anticipée, qui sont moindres qu'on ne le dit, que je n'ai jamais vu bien sérieux et qui d'ailleurs sont améliorés par l'opothérapie.

Comme Mr. Treub, j'aime beaucoup la colpotomie mais je la réserve aux cas aigus qui ne guérissent pas ou s'aggravent. C'est une opération excellente.

Dans les cas chroniques, j'ai moins de confiance et j'estime qu'il faut pratiquer la laparotomie pour se rendre compte des lésions et agir en conséquence.

Il faut se placer dans les conditions de la clinique. Nous opérons les malades parcequ'ils souffrent, mais nous ne savons jamais exactement quelles sont les lésions qu'elles présentent.

Nous pratiquons donc la laparotomie, et c'est alors qu'il faut prendre un parti. Quant les trompes sont peu malades et les ovaires sains j'admets parfaitement et je pratique toutes les opérations conservatrices. Je n'extirpe que les trompes très malades.

Mais j'avoue que je trouve très difficile d'affeurer l'état des ovaires. Il est très difficile de savoir dans les ovarites sclero-trophiques le degré exact de maladie des ovaires et de savoir ce qui à leur surface est kyste et ce qui est vésicule de Graaf. D'autre part certains ovaires très petits et scléreux qui sont sains en apparence, sont extrêmement douloureux.

Je comprends donc à leur sujet, toutes les hésitations. Personnellement j'estime qu'il faut enlever les ovaires douloureux.

C'est la douleur qui me sert de critérium, et je les enlève, préférant les risques hypothétiques d'une ménopause anticipée, aux risques

et aux ennuis d'une nouvelle opération, rendue souvent nécessaire par la persistance des douleurs.

Mr. H. Treub (Amsterdam): Comme MM. Recasens et Doyen, j'ai vu des femmes qui continuaient à souffrir après la colpotomie et comme eux il m'est arrivé de faire l'hysterectomie secondaire. Cette necessité d'une opération radicale secondaire provient quelquefois de l'insuffisance de la colpotomie, la suppuration ne tarissant pas. Mais il y a d'autres cas dans lesquels les femmes continuent à souffrir nonobstant que les lésions locales soient guéries. Dans ces cas là il s'agit d'une névralgie pelvienne qui peut nécessiter l'hysterectomie même quand les malades sont absolument saines.

Je voudrai répondre à M. Doléris que je suis parfaitement de son avis, qu'il faut toujours essayer d'abord le traitement médical, j'en ai du reste parlé longuement dans mon rapport.

Il me reste enfin quelques réponses à faire à M. Doyen. Quand il vient nous dire qu'il n'a jamais vu de désordres graves de l'utérus chez la ménopause anticipée, je me permettrai de lui faire observer que çele ne prouve autre chose que son optimisme. J'en ai vu des gênes très considérables et d'autres chirurgiens ont fait la même observation.

Le parellèle entre la dent cariée et l'ovaire malade est défectueux au plus grand degré. M. Doyen oublie qu'il a 32 dents et que la femme n'a qu'un ovaire. Qu'il se fasse arracher toutes les dents et je voudrais bien le voir mordre el craquer quoi que ce soit. Somme toute, la discussion n'a pas ébranlé ma conviction qu'il est du plus grand intérêt pour nos malades de conserver autant que possible les ovaires et de subordonner la guérison locale anatomique à la réconstitution de la santé générale.

MR. SUAREZ DE GAMBOA (México).—La Cirujía conservadora de los anexos no es completa, si no se cuidan las lesiones uterinas concomitantes. Hay un gran peligro en las operaciones conservadoras del lado derecho, por el apéndice. Es preciso cuidar las relaciones del apéndice con las cicatrices anexiales derechas.

LOS TRES PRIMEROS CORTES SAGITALES

practicados en Sud-América en casos de preñeces avanzadas.

COMMUNICATION

por el Dr. ELISEO CANTON (Buenos Aires).

Al Señor Presidente del Comité Ejecutivo del xiv Congreso Internacional de Medicina, Doctor Don Julián Calleja y Sánchez.

Este trabajo versa sobre tres cortes sagitales practicados en cadáveres de mujeres preñadas; dos de nueve meses y la otra de siete y medio, y será breve porque deseamos que hablen más los fotograbados que nuestra pluma ante los ojos y el criterio científico de quienes deben juzgarlo.

Pensamos que su publicación no carecerá de importancia en Europa ni en América, porque esta clase de trabajos son, dada su naturaleza misma, muy raros y porque la primera de nuestras secciones ha sido efectuada en un caso de *placenta previa total* que permitió al embarazo llegar á término, circunstancia que hace sea él el tercero en su género que se conoce en el mundo científico, y la tercera sección en otro caso, también muy interesante, de *placenta marginal*.

El segundo corte no pertenece á un caso de distocia como los anteriores, sino á una preñez normal con la sola particularidad de tratarse de una presentación de nalgas; de manera que sirve admirablemente de punto de comparación y estudio anatómico entre el embarazo eutócico y el distócico.

El número de secciones longitudinales efectuadas hasta hoy en cadáveres congelados de mujeres en cinta es bastante reducido por la rareza de los casos, y sobre todo por lo difícil que es poder disponer de ellos. Mencionaremos, especialmente, los cortes ya célebres de Braune, Waldeyer, Pinard y Varnier, Barbour, Pestalozza, Winter, Rayer, Schröder y Von Sæexinger, todos ellos de la mayor importancia bajo diferentes puntos de vista, pero practicados únicamente en cadáveres de suicidas, eclámpsicas, traumáticas, etc., sin que hubiera por parte del útero y del huevo nada anormal.

Los únicos dos casos comparables al primero de los nuestros por su distocia, son: el de Tibone, correspondiente á una segundípara á término, presentación pelviana completa, no encajada, muerta al prin-

cipio del parto por hemorragia debida á una placenta previa total, y el de Champetier de Ribes y Varnier, perteneciente á otra mujer muerta igualmente por hemorragia consecutiva á una inserción viciosa de la placenta.

En América será aún mayor la importancia de esta clase de estudios porque son los primeros cortes sagitales de mujeres en cinta que en ella se han efectuado, y porque si la nueva tendencia á reemplazar los mapas y esquemas murales un tanto imaginativos por cortes y preparaciones anatómicas que exhiben á la naturaleza hablando en toda su indiscutible verdad, se generaliza, como es de esperar, veremos encaminarse la enseñanza de la obstetricia por derroteros más científicos y hacia horizontes más amplios en nuestras ya florecientes escuelas médicas.

PRIMER CORTE

HISTORIA CLÍNICA

M. L., 27 años de edad, argentina, de ocupación cocinera; entró en la Maternidad del Hospital San Roque, el 19 de Junio de 1902, á las 4,45 de la mañana, en estado preagónico y al fin de su preñez.

Dada la gravedad de su estado, no fué posible obtener ningún antecedente hereditario, fisiológico ni patológico.

Por antecedentes recogidos más tarde, supimos que había tenido dos partos anteriores á término, espontáneos y con los fetos vivos.

Teniendo en cuenta el volumen y la altura del útero (34 centímetros) y el tamaño del feto, calculamos la edad del embarazo en nueve meses cumplidos, cálculo que fué confirmado después por el peso y longitud del feto.

Haciendo un gran esfuerzo esta desgraciada, sólo pudo decirnos que perdía sangre, en abundancia, desde cinco dias atrás, antecedente exacto, pues venìa casi exangüe. En la vejiga no había orina que poder analizar.

EXAMEN GENERAL Y OBSTÉTRICO

Esqueleto bien desarrollado; mujer de buena talla, 1m60.

Piel de color cobrizo; línea blanca muy pigmentada, así como las aréolas de los pechos; pocas grietas en las paredes abdominales, y mascarilla pronunciada.

Pulmones normales; respiración anhelante y frecuente.

Corazón con contracciones aceleradísimas (145); pulso incontable en la radial.

Edemas y varices no existìan.

Senos bien desarrollados, de multípara.

Vientre de volumen regular.

Útero desviado á la derecha y correspondiente á un embarazo de término, muy retraído sobre el feto y con poco liquido amniótico.

Paredes abdominales poco tensas.

Presentación cefálica, no encajada.

Posición derecha.

Auscultación; ausencia de latidos fetales.

Pelvis grande; B. E. 28 c.; B. I. 32 c.; B. T. 36 c.; P. P. M. 12 c.

El tacto vaginal nos permitió reconocer el reblandecimiento completo y principio de desaparición del cuello uterino, así como se trataba de un caso de *placenta previa total*, inserta en toda la cara posterior del segmento inferior y medio del útero hasta llegar á colocarse como un puente por encima del orificio interno del cuello, pues podían reconocerse fácilmente los cotiledones á través de él. Hacia la cara anterior tocábanse las membranas desgarradas.

Esta mujer no perdió sangre, en nuestro servicio, mientras la examinábamos y se la asistía; pero, asimismo, resultaron ineficaces las hipodermoclisis de suero artificial, las inyecciones de éter y cafeína y demás socorros que se le prodigaron. Llegó demasiado tarde para poderse salvar.

PREPARACIÓN DEL CADAVER PARA LA SECCIÓN SAGITAL

Como ningún pariente ni conocido reclamase este cadáver, resolvimos aprovecharlo, preparando una gran pieza de anatomía obstétrica, destinada á servir de preciosa base dé enseñanza á varias de nuestras generaciones médicas venideras.

Pocas horas después del fallecimiento y antes de que principiase ningún proceso de descomposición cadavérica, que pudiera alterar las relaciones naturales de los órganos, resolvimos practicar, por la carótida, una inyección intravascular de tres litros de formol puro, con el doble objeto de endurecer el cadáver, facilitando así su sección, y de poderlo conservar indefinidamente. No recurrimos á la congelación como lo hacen en Europa, por falta de elementos apropiados para la refrigeración de los cadáveres y á más porque deseabamos conservar las dos mitades del tronco, después de dividido, lo que no se consigue con la simple congelación.

Cuarenta y ocho horas después de la inyección, el cadáver había tomado una consistencia semileñosa tal, que todos los tejidos se dejaban aserrar sin desgarrarse mayormente. Acto continuo y con el valioso concurso del profesor substituto Dr. Zárate, procedimos á la amputación de las extremidades inferieres y á seccionar, transversalmente, la parte superior del tronco.

El corte longitudinal de las partes blandas del dorso y de la columna vertebral fué practicado con una larga y fina sierra de carpintero y la incisión de la sínfisis pubiana, así como de las paredes abdominales y uterinas, con un cuchillo grande de cirugía.

Esta parte de la operación fué bastante laboriosa, porque nos empeñábamos en practicar un corte verdaderamente sagital sin herir al feto ni modificar su posición y acomodación, á fin de poderlo fotografiar en su postura natural, propósito que vimos realizado con satisfacción al separar la mitad izquierda del tronco, pues el feto quedaba perfectamente acomodado y contenido en la mitad derecha del útero, que resultó ser mayor, por la desviación frecuente de este órgano hacia ese lado de la línea media del cuerpo.

Después de haberse fotografiado ambas superficies de sección, practicamos al feto una inyección intravascular de formol, al veinticinco por ciento, para evitar su descomposición, pues la epidermis principiaba á macerarse. Aprovechamos ese momento anterior á la inyección para pesarlo y medirlo. colocándolo después en la misma actitud y ubicación intrauterina primitiva.

El feto pesaba tres mil gramos y tenía una longitud de cuarenta y nueve centímetros, cifras que corroboraron nuestro diagnóstico de preñez á término.

Cada una de estas grandes piezas ha sido colocada dentro de un recipiente de vidrio, apropiado, (á fin de que la preparación pueda ser vista por todos sus lados), conteniendo una solución acuosa de acetato de sodio, al trescientos por mil, con el tercio de su peso de glicerina y se encuentran depositadas en la sala de conferencias de la Maternidad.

LO QUE ENSEÑA ESTE CORTE Y CONSIDERACIONES QUE SUGIERE

Utero y cuello. A primera vista llama la atención que, tratándose de un corte sagital, no haya caído la incisión sobre el conducto del cuello uterino sino un poco á la derecha del mismo, circunstancia perfectamente explicable recordando que habitualmente el cuerpo del útero en gestación se desvía á la derecha de la línea media, y el cuello

un poco á la izquierda; de manera que, un corte sagital ideal para el tronco puede, como en el caso presente, no serlo para el útero; la mitad mayor de este órgano conteniendo el feto quedó á la derecha, como se ve en el fotograbado núm. 1, y el canal cervical en la mitad opuesta. (Fotograbado núm. 2—6).

El cuchillo ha pasado rasando aquel canal y la superficie de sección nos presenta un cuello de cinco centímetros de ancho por dos de largo, que había principiado á borrarse por el trabajo del parto.

En ambos fotograbados puede apreciarse el espesor del débil tabique que separa el fondo de saco vaginal posterior de la cavidad abdominal, ó sea del fondo de saco de Douglas (fotograbado número 2—17), así como el orificio externo del cuello mira hacia la pared posterior de la vagina y el orificio interno á la placenta que lo cubre totalmente.

La superficie de sección de las paredes uterinas (fotograbado número 2—13, 16, 19), deja apreciar el menor espesor de estas en ambos polos del ovoide uterino, especialmente en el inferior, y un ligero aumento en la zona ecuatorial; el mayor espesor de estas paredes es de ocho milímetros y el mínimo de cuatro milímetros en la cara anterior y hacia la proximidad del cuello.

Algunos centímetros antes de llegar al orificio interno del cuello, puede verse la luz de la *vena circular* (10) (Kranzvene de los alemanes), la que unida á la menor adherencia del peritoneo en ese punto á la superficie del útero y al adelgazamiento tan manifiesto de sus paredes, sirve para indicar el límite superior del segmento inferior de este órgano.

Es digno de hacerse notar, con cuanta exactitud la cara posterior del útero se aplica á la ampolla rectal, al promontorio y particularmente al cuerpo de las vértebras lumbares, disposición que da al útero, mirado por su cara posterior, la forma reniforme y que, en virtud de la ley de Pajot, obliga la acomodación de la superficie cóncava del ovoide fetal con la convexa de la columna vertebral, haciendo casi imposible durante el embarazo, las presentaciones de hombro con dorso posteriores. La cara anterior convexa aplícase directamente á la abdominal cóncava.

La pared del útero, en el sitio de implantación de la placenta, no se encuentra aumentada ni disminuída de espesor con relación á la parte correspondiente del órgano.

Las dimensiones interiores de la cavidad uterina, algo disminuídas por la retracción de sus paredes consecutiva á la ruptura precoz de las membranas y pérdida del líquido amniótico, son las siguientes:

Diametro longitudinal máximo......	27	centímetros.
Diámetro transversal máximo.......	21	—
Diámetro antero posterior máximo...	15 $^1/_2$	—

El predominio evidente del diámetro transverso sobre el antero posterior, que le da al útero el aspecto de un ovoide aplastado, explica por qué en las presentaciones longitudinales el feto orienta indefectiblemente su dorso á la derecha ó á la izquierda, pues debe acomodar sus menores diámetros (bi-acromial y bi-trocantéreo) en la dirección del anteroposterior del útero, y los mayores que van de la columna vertebral á las extremidades inferiores y á la cabeza, en el feto bien apelotonado, en la dirección del diámetro transverso.

Observación final: El eje del estrecho superior de la pelvis no es paralelo al eje longitudinal del útero ni al del feto, paralelismo que por otra parte ya sabemos no existe ni durante la posición vertical de la mujer en los casos normales, cuanto menos en la posición de supino dorsal en que la cara posterior del órgano de la gestación descansa sobre la columna vertebral. El fotograbado núm. II evidencia esta falta de paralelismo en cuya existencia creía Levret y que sirvió de base errónea á la doctrina del synclitismo en el mecanismo del encaje de la cabeza.

La placenta. Para mejor orientarse en la tan debatida cuestión sobre lo que debe hoy entenderse por *placenta previa* y sus variedades, diremos cual es nuestra manera de entenderla y clasificarla.

Cada vez que la placenta se inserta en un punto cualquiera del segmento inferior del útero, pero sin llegar al orificio interno del cuello, decimos que se trata de una *inserción baja de la placenta.*

Cuando llega hasta el borde del orificio interno del cuello uterino, decimos que se trata de una *placenta marginal* como la del tercer corte. (Fotograbados V y VI—6, 6.)

Y cuando recubre por completo, pasando, á manera de un puente, por encima del orificio interno del cuello del útero, como en el caso presente, decimos que se trata de una *placenta previa total: previa,* porque recién en este caso, en que es anterior á la presentación, puede dársele con propiedad el calificativo de *previa*; y *total*, porque cubre en su totalidad al orificio interno del cuello.

La circunstancia de que su inserción pueda ser más ó menos central, es decir, aproximándose el centro de la placenta al centro del orificio interno del cuello no tiene, á nuestro entender, otra importancia que la de una sutileza de diagnóstico que no basta para hacer variar aquella clasificación, creando la variedad de *placenta central,*

que quizá no existe en la vèrdadera acepción de la palabra, como con justa razón lo supone Pinard.

La placenta, admirablemente visible en ambos fotograbados, sobre todo en el núm. II—5. 15, 20, presenta una superficie de sección de tres y medio centímetros de ancho por dieciséis centímetros de largo, dimensiones que corresponden á una placenta bien desarrollada, 600 gramos (?). Se inserta, como fué diagnosticada, en toda la cara posterior del segmonto medio é inferior, hasta pasar como un puente por encima del orificio interno del cuello, para morir en el arranque de la pared anterior del útero.

Esta inserción viciosa de la placenta explica sobradamente bien el mecanismo y origen de la hemorragia que terminó con la vida de la paciente. Las primeras contracciones uterinas, al borrar el cuello y dilatar el orifcio interno, rompieron las relaciones y unión de toda la porción de placenta inserta en él, dejando abiertos crecido número de vasos maternos, que sangraron durante cinco días de abandono inhumano. Habría bastado la colocación oportuna de un balón de Champetier de Ribes para haber salvado á esta mujer, como hemos salsado á varias otras en casos análogos de placenta previa total.

En el fotograbado núm. II—5, 9, puede verse desprendida, en una extensión de cinco centımetros, toda la porción marginal inferior de la placenta y buena parte de las membranas, completamente separadas de ella y en cierta extensión del segmento inferior del útero. El resto de las membranas no ofrece particuluridad alguna.

El cordón umbilical, visible en el fotograbado núm. I—11, quedó comprendido en la mitad derecha del tronco, y mide dimensiones normales: cuarenta y ocho centímetros de longitud por doce milímetros de diámetro.

La vagina ha sido comprendida en toda su extensión por el corte, y se presenta en la superficie de sección de ambos fotograbados número I—2, 19, bajo el aspecto de una línea casi recta extendida desde la vulva hasta la parte inferior del fondo de saco de Douglas. El espesor de sus paredes varía de cuatro á ocho milímetros en diferentes puntos de su trayecto. El fondo del saco vaginal anterior es poco pronunciado, por el borramiento del cuello. La dirección del canal vaginal es paralela al diámetro promontopubiano, de manera que el eje del estrecho superior de la pelvis forma un ángulo recto con la cara posterior de la vagina.

Los grandes y pequeños labios de la vulva (fotograbado número II—24) solo ofrecen digno de mención el aumento de la pigmentación normal y el color violáceo de la mucosa, constante dnrante el embarazo.

La vejiga, situada inmediatamente por delante del cuello uterino (fotograbado núm. I—4) y por detrás de la sínfisis pubiana, nos ofrece una sección de forma triangular. Sus paredes, bastante retraídas, tienen un espesor de uno y medio centímetros. La situación de este órgano es, como se ve, completamente pelviana en el estado de vacuidad de manera que, teniendo la precaución de efectuar el cateterismo antes de toda laparatomía ó operación cesárea, no habrá peligro de lesionarla por baja que se practique la incisión de las paredes abdominales.

El feto, del sexo femenino, bien desarrollado, pesa tres mil gramos y mide cuarenta y nueve centímetros de longitud. Conserva la misma posición y presentación que tenía durante el embarazo (presentación cefálica, dorso á la derecha, con tendencia á colocarse en O. I. D. A.), apréciase su apelotonamiento perfecto y flexión completa de la cabeza sobre el pecho, primer tiempo del mecanismo del parto.

Los diámeiros de la cabeza son:	B. P......	9 1/2	centímetros.
	B. T.....	8 1/2	—
	O. F.....	12	—
	S. O. B.....	9 1/2	—
	S. O. F....	10 1/2	—
	O. M....	13	—

Si se observa la actitud de la cabeza, ni siquiera fijada, se verá que el parietal izquierdo descansa sobre la sínfisis pubiana y que el derecho mira hacia la concavidad del sacro; disposición que nos permite comprender el mecanismo del encaje de la cabeza en la escavación pelviana, por asynclitismo posterior, según la teoría hoy corriente. A no ser por la ampolla rectal, extraordinariamente distendida por materias fecales (fotograbado núm. I—15), y por el espesor de la placenta, que llenan la concavidad del sacro, la presentación se habría ya encajado por un movimiento de péndulo ó de badajo de campana, según la feliz comparación de Farabeuf, que habría llevado al parietal derecho á ocupar la escavación del sacro, facilitando así, por encaje sucesivo de diàmetros, el descenso de la cabeza á la escavación pelviana. Bien es verdad que en este caso, por tratarse de una pelvis grande con un P. P. M. de doce centímetros, no habría sido de absoluta necesidad el encaje por asynclitismo posterior, á no venir

la placenta con su gran espesor á reducir aquel diámetro en tres centímetros.

La presentación, posición y actitud del feto, conservado íntegro, contribuye al mayor mérito de la pieza. La situación en la línea media y la enorme prominencia formada por el hombro izquierdo, inmediatamente por encima de la cabeza, explica que sea fácil percibirlo por la palpación abdominal y su gran importancia para el diagnóstico de las posiciones durante el embarazo.

Llaman la atención las grandes dimensiones de la ampolla rectal, rellenando por sí sola toda la concavidad del sacro, debido á la retención de las materias excrementicias. Se comprende así cuan prudente es desocupar el recto al principio de todo parto, para facilitar el encaje de la presentación.

La columna vertebral, seccionada, nos revela, á más del canal medular, cuerpos vertebrales, cartílagos y apófisis, dos particularidades dignas de especial mención: la situación de la punta de la apófisis espinosa de la quinta vértebra lumbar (fotograbado núm. II—14) á igual altura del promontorio, deja comprender por qué se toma como punto de partida aquella apófisis y no la de la primera vértebra sacra, cuando se trata de medir el diámetro de Baudelocque que, en este caso, arroja un P. P. M. de doce centímetros. Pero aún tiene mucha mayor importancia, bajo el puuto de vista obstétrico, el diámetro coxisubpubiano del estrecho inferior óseo de ocho y medio centímetros, que viene á corroborar una vez más la exactitud de las pacientes observaciones de Varnier, al establecer que, contra las aseveraciones de los clásicos, que daban once centímetros para todos los diámetros del estrecho inferior de la pelvis, sus observaciones clínicas y las cadavéricas practicadas con Farabeuf, solo arrojaban un promedio de ocho y medio centímetros para el coxisubpubiano. Siendo este el más pequeño de los diámetros del estrecho inferior óseo, es, sin embargo, el único que puede llegar, distendiéndose, hasta doce centímetros, por la retropulsión del coxis durante el desprendimiento de la cabeza.

El promontorio (fotograbado núm. I—12) en contacto directo con la cara posterior del útero, así como la superficie de sección de la sínfisis pubiana (3) son los correspondientes á toda pelvis bien desarrollada. El diámetro útil de Pinard es de doce centímetros en este caso.

No existe falso promontorio y la sección del sacro y del coxis, (fotograbado núm. II—8, 4) tan nítida como la de todo el resto de la espina dorsal, exhiben la curva normal de las caras de estos huesos terminales.

NOTA.—Podía haber servido de complemento final de este trabajo, el estudio histológico de las diferentes capas y dirección de las fibras musculares del útero, particularmente de las del segmento inferior; pero hemos renunciado á ello por no destruir una preparación destinada á servir á la enseñanza de la obstetricia, durante muchos años, y porque esa tarea ya ha sido admirablemente realizada por Pestalozza, Testut y otros.

SEGUNDO CORTE

HISTORIA CLÍNICA

Francisca González, de veintiocho años de edad, española; llegó á la Maternidad de San Roque el 26 de Noviembre de 1902, conducida por la Asistencia Pública en estado agónico y en los últimos meses de su embarazo.

Como falleciera pocos minutos después de su arribo, no fué dado obtener de ella un solo antecedente hereditario, fisiológico ni patológico. Pero interrogando al marido, supimos que se trataba de una multípara con seis preñeces anteriores; cuatro que llegaron á su término y dos abortos. Los partos fueron normales; los fetos nacieron de vértice, vivos y fueron criados por la madre. La causa de los abortos se ignora.

Con relación á sus antecedentes patológicos y estado actual se nos informó que, siete años atrás y encontrándose embarazada, sufrió un ataque que fué diagnosticado de apoplegía cerebral, y que pasó sin dejar vestigios y sin haber entorpecido la marcha del embarazo.

Dos años más tarde, y sin encontrarse encinta, le repitió el ataque con mayor fuerza, obligándola á guardar cama durante nueve meses y de cuyas resultas quedó algo hemiplégica del lado derecho.

El embarazo actual era de lo más normal; no hubo vómitos, ni dolores de estómago ó cefalalgia, que hicieran sospechar la existencia de albúmina en la orina, hasta que, inopinadamente, el día arriba mencionado, á las 5,30 p. m. y mientras se encontraba sentada, fué presa de un nuevo ataque análogo á los anteriores, pero de mayor gravedad aún, y por lo cual fué conducida á la Maternidad. A su ingreso el estado era desesperante, la facies cianótica, el coma profundo, la respiración estertórea, el pulso casi imperceptible é incontable por lo irregular y frecuente y la relajación muscular completa.

Con relación al feto, el médico interno y la partera reconocieron que se presentaba de nalgas, en posición derecha, pero no consiguieron percibir sus latidos.

EXAMEN GENERAL Y OBSTÉTRICO

Esqueleto bien desarrollado, sin vestigios de raquitismo. Estatura 1 metro 53 centímetros.

Piel blanca; grietas antiguas en la pared abdominal y línea parda pigmentada..

Corazón normal; latidos sumamente repetidos, débiles é irregulares.

Pulmones normales; respiración estertorosa.

Varices y ligero edema en los miembros inferiores.

La vejiga no contenía orina.

El sistema muscular algo atrofiado en el brazo y pierna derecha.

Senos bien desarrollados; aréola pigmentada y secreción de calostro.

Vientre regularmente desarrollado, sin gran panículo adiposo.

Utero situado en la línea media, sin desviación apreciable y de 28 centímetros de altura desde la sínfisis pubiana al fondo del útero.

Las paredes abdominales tensas como si no se tratase de una multípara.

Presentación pelviana completa, no encajada.

Posición derecha algo anterior.

Pelvis normal: B. E. 24 c.; B. I. 26 c.; B. T. 30 c.; S. P. 20 c.

A la auscultación no se percibieron latidos del corazón fetal ni movimiento activo alguno á la palpación; razón por la cual el médico interno no practicó la operación cesárea.

PREPARACIÓN DEL CADÁVER PARA EL CORTE SAGITAL

La familia de esta mujer no solicitó su cadáver, circunstancia que aprovechamos complacidos para efectuar en él un nuevo corte sagital que siempre será útil á la enseñanza de la obstetricia.

Con el concurso de mi jefe de clinica, doctor Luis Alvarez, procedimos á efectuar una inyección intravascular, de formol puro, con el doble propósito de endurecer el cadáver, para facilitar el corte sin modificar las relaciones de los órganos, y de poder conservar indefinidamente las piezas anatómicas que de él debían resultar.

La sección se practicó por el mismo procedimiento que en el caso precedente y con muy buen resultado, pues cayó justa en la mitad del cuello uterino, como lo revelan los dos fotograbados núm. III y IV.

Conseguimos, con un poco de paciencia, efectuar el corte sin dividir el feto, á fin de que éste conservara su actitud y acomodación, sin modificarse por efecto de la sierra; pues no debe olvidarse que si la

inyección de formol endurece los tejidos maternos, no pasa lo mismo con el feto, que permanece fuera de su alcance directo y un tanto movible en el interior del útero.

Al separar ambas superficies de sección, lo primero que llamó nuestra atención fué la brevedad del cordón umbical que se estiraba como una cuerda, pues el feto quedaba en la mitad derecha del corte y la inserción placentaria del cordón en la mitad izquierda. Se le cortó por mitad.

Fotografiadas las dos mitades del corte, se levantó el feto para pesarlo, medirlo y practicarle por la carótida una inyección conservadora de 250 gramos de una solución de formol al 25 por 100. Después de lo cual se le colocó en su posición y actitud primitiva en el interior de la matriz.

Estas nuevas é importantes piezas se conservan en el Museo de nuestra Maternidad.

EDAD DE LA PREÑEZ

Faltándonos el antecedente siempre importante de la fecha de la última menstruación, hemos tenido que calcular la edad de la preñez teniendo en cuenta el tamaño del feto y el desarrollo del útero.

El feto pesa 1.960 gramos y mide cuarenta y cuatro centímetros de largo, con un biparietal de ocho centímetros y tres milímetros.

La longitud del útero, medido por encima de la pared abdominal, hemos dicho que es de veintiocho centímetros y la distancia que separa el ombligo de su fondo es de ocho centímetros. Medido interiormente el diámetro longitudinal del útero arroja venintitrés centímetros.

Encuadrando estas medidas y cifras dentro del promedio más corriente, calculamos la edad del embarazo en siete meses y medio.

LO QUE ENSEÑA ESTE CORTE AL OBSERVADOR

Útero. Contrariamente á lo que pasa en la generalidad de los casos, el útero de esta mujer hallábase situado en la línea media del cuerpo, sin desviación lateral apreciable; de allí que la sección lo haya dividido en dos unidades casi matemáticamente iguales y caído justamente sobre el canal cervical del cuello, como puede verse en los fotograbados núm. III y IV.

Las relaciones del globo uterino con los órganos abdominales son las siguientes: hacia arriba, con el hígado, estómago y paquete intes-

tinal; hacia adelante, con las paredes abdominales y la vejiga, y hacia atrás, con la columna vertebral, promontorio, recto y vasos.

Las superficies de sección de las paredes uterinas revelan lo que ya se notó en el corte precedente; es decir, la diferencia de espesor en los distintos segmentos y su extraordinaria vascularización en la región placentaria.

En efecto, el segmento inferior es el más delgado de todos, particularmente en la cara anterior donde solo tiene un espesor de tres milímetros, alcanzando la posterior á cuatro y cinco milímetros. El segmento medio es el más grueso de todos, pues llega hasta un centímetro en la parte media de la cara anterior, que es algo más espesa que la posterior correspondiente. Finalmente, el segmento superior ocupa un término medio entre los dos anteriores, llegando á medir cinco milímetros en la parte más delgada, que es la correspondiente al foro del útero. (Fotograbado N.° IV—14.)

Hacemos notar que el punto de mayor espesor del cuerpo del útero es el que corresponde al centro de la inserción placentaria, ya sea que se inserte en la cara anterior, como en el caso presente, ó en la posterior, como en el corte que revelan los dos primeros fotograbados de este trabajo.

Por lo que nuestros cortes enseñan, estamos dispuestos á creer sea la presión constante de la cabeza ó nalga fetal sobre la pared anterior del segmento inferior del útero la causa de su mayor delgadez, pues el segundo corte ha sido practicado en un caso de presentación de nalgas, y sin embargo, es siempre la pared anterior del segmento inferior del útero la que, comprimida entre la presentación y la sínfisis pubiana, resulta la menos espesa de todas (tres milímetros). Esta delgadez explica suficientemente cómo en ciertos casos puede percibirse por el tacto y á través de la pared vaginal y uterina, la existencia de las fontanelas y suturas fetales.

La sección de la *vena coronaria*, que marca el límite superior del segmento inferior del útero, es notablemente visible y se encuentra á ocho centímetros por encima del orificio interior del cuello (Fotograbado N.° IV—8).

Aunque el útero no ha llegado á su completo desarrollo, puede apreciarse la forma reniforme que presenta la superficie de sección por el amoldamiento de la cara posterior del mismo á la columna vertebral y la convexidad de la cara anterior que aprovecha de la elasticidad de las paredes abdominales para abovedarse.

La mayor vascularización de la pared uterína, en el sitio de inser-

ción placentaria, resulta evidente en este corte, donde se distinguen gran cantidad de vasos y senos incindidos, lo que por otra parte explica el por qué de la mayor pérdida de sangre en la operación cesárea cuando la placenta se inserta, como en el caso presente, en la cara anterior (Fotograbado N.° IV—13).

Conocido el espesor de las paredes uterinas, veamos cuáles son las dimensiones y formas de su cavidad con el huevo íntegro.

Diámetro longitudinal, desde el orificio interno del cuello al fondo del útero..	23	centímetros.
Diámetro anteroposterior máximo......	13	—
— tranverso máximo...........	17	— 4 m. m.

Estas cifras, si bien menores que las del caso precedente, guardan estrecha correlación con él y explican por qué el feto se ve obligado á presentarse, en la inmensa mayoría de los casos, de vértice ó de nalga, orientando el mayor de sus diámetros en el sentido longitudinal de la matriz.

Como en el caso precedente, vale la pena hacer constar por segunda vez la falta de coincidencia entre el eje longitudinal del útero y del feto con el eje del estrecho superior de la pelvis, coincidencia supuesta y aceptada por Levret para fundar la teoría del synclitismo en el mecanismo del encaje en las presentaciones de vértice.

Cuello. A diferencia del primer corte, la incisión ha caído en este caso justamente sobre el canal cervical, dividiendo al cuello en dos mitades iguales.

La superficie seccionada permite notar que el *hocico de tenca,* aplicado á la cara posterior de la vagina, mira directamente al coxis, que el canal cervical de forma cilíndrica encuéntrase ocupado por el tapón mucoso, y que la longitud total del cuello es muy inferior á la que la generalidad de los autores le asignan.

En efecto; el cuello, de forma cilíndrica, mide desde el orificio interno al externo, dos centímetros dos milímetros, cifra que, tratándose de una mujer en la cual no se había iniciado trabajo alguno de parto, se encuentra por muy abajo de la proporción de 4 á 6 centímetros que otros le asignan como longitud habitual.

Para Pinard, según sus cortes, la hipertrofia del cuello en las embarazadas de ocho y nueve meses, iría hasta arrojar un promedio de cuatro á cinco centímetros en el sentido longitudinal.

Nuestro caso solo da dos centímetros dos milímetros de largo en una preñez en el octavo mes, ó sean las dimensiones normales del cuello fuera de toda gestación.

En lo que realmente parece hipertrofíado el cuello uterino, es en el sentido de su diámetro anteroposterior que llega á tres centimetros siete milímetros; es decir, mucho más de lo que mide un útero no grávido.

Placenta. Se la ve muy bien en el fotograbado N.° IV, ocupando una gran parte de la pared anterior é izquierda del útero. Su inserción se extiende desde el fondo del útero hasta seis centímetros por encima de la vena coronaria: su forma es discoidal y el diámetro medido en la superfie de sección es de 16 centímetros y el espesor máximo de 2 centímetros 7 milímetros. En cuanto á su peso será tal vez de 500 gramos?

Como se ve, la forma, dimensiones é inserción de este anexo en el segmento medio y superior del útero son de todo punto normales.

Las membranas, intactas hasta el momento del corte, no se han separado del útero ni de la placenta, pasando el corion y el amnios como un velo tendido por encima del orificio interno del cuello.

El cordón umbilical, bastante corto y delgado, pues solo mide 27 centímetros de largo por nueve milímetros de grueso, se inserta casi en el centro de la placenta habiendo quedado en la mitad izquierda del útero, porque la placenta se ha inclinado hacia ese lado (Fotograbado núm, IV—12)·

El líquido amniótico era normal, un tanto verdoso, y su cantidad de 670 gramos.

Vagina y vulva. La vagina seccionada, exhíbese como una línea casi recta y paralela al diámetro promonto-suprapubiano, por encontrarse el recto, como en el caso anterior, totalmente ocupado por materias fecales. La longitud de la pared posterior es casi doble de la anterior, 9 centímetros 3 milímetros y 5 centímetros 2 milímetros, respectivamente, y el espesor de sus paredes es de 2 milímetros.

Los fondos de saco vaginales, anterior y posterior, destácanse muy bien en ambas superficies de sección, según lo revelan los dos fotograbados núms. III y IV, así como el débil tabique que separa el fondo de saco posterior del fondo de saco de Douglas.

La coloración de la mucosa vaginal y la de los pequeños y grandes labios es violácea como en toda embarazada y la pigmentación de los ùltimos muy acentuada.

Vejiga. Situada por delante del cuello, debajo del útero, por encima de la vagina y por detrás de la sinfisis pubiana, presenta una sección de forma algo triangular, por haberse encontrado completamente vacía al fallecer la mujer. Resulta ser su situación completamente pel viana en el estado de vacuidad y no haber peligro de herirla por baja

que se haga la incisión en toda laparotomía, siempre que se haya tenido la precaución de sondar previamente á la paciente.

La sección ha caído en este caso sobre el canal de la uretra, visible en el fotograbado número IV.

El recto, con un verdadero depósito de materias extercoráceas, llena por sí solo la concavidad del sacro y forma una gran ampolla inmediatamente por encima del esfínter anal,

Columna vertebral. La sección exhibe con toda nitidez el canal medular y la médula, el cuerpo y apófisis espinosos de las vértebras lumbares y sacras, los cartílagos intervertebrales y el promontorio (Fotograbado núm. IV—21) bastante alejado de la sínfisis pubiana. Por esta circunstancia, habría sido un tanto difícil é imposible para algunos, alcanzar al promontorio con los dedos introducidos en la vagina con con objeto de medir el diámetro promonto-subpubiano, qne es de trece y medio centimetros.

La deducción de un centímetro y medio para este diámetro da justamente doce centímetros para el diámetro promonto-pubiano mínimo.

Otro diámetro importante que este corte nos permite ver es el coxisubpubiano, que mide ocho centímetros ocho milímetros, y no once centímetros, como antes se creía, y que desempeña un papel importante en el mecanismo del parto; pues siendo el más pequeño de los del estrecho inferior óseo, es á la vez el que mayor poder de ampliación posee.

La curva formada por la concavidad del sacro y cara anterior del coxis es perfectamente regular, no existiendo nada parecido á falso promontorio.

Si se tira una línea desde la parte superior de la sínfisis pubiana al promontorio, se ve que todo el segmento inferior del útero queda por debajo de ella en la excavación pelviana; esta observación es aplicable igualmente al otro corte representado por los fotograbados N.º I y II.

El feto. Del sexo femenino, hemos dicho que corresponde á una preñez en la mitad del octavo mes; y en efecto, sus dimensiones y peso corroboran aquel cálculo.

Bien conformado, sin la menor anormalidad, mide cuarenta y cuatro centímetros de largo y pesa 1,960 gramos; los diámetros de la cabeza son los siguientes:

Diámetros de la cabeza.....	B. P......	8 cents.	3 milíms.	
	B. T......	7 —		
	O. F......	10 —	5	—
	S. O. B......	8 —	5	—
	S. O. F......	9 —	7	—
	O. M......	11 —	3	—
	Máximo de Budin	12		

Circunferencia de la cabeza............... 32 centímetros.

Apelotonado el feto de manera que las extremidades inferiores se alternan regularmente con las superiores, preséntase por su polo pelviano en S. I. D. A.

La presentación no está encajada, como es la regla en estos casos; pero debido al menor volumen del polo pelviano por la deflexión de la pierna izquierda, se observa que la nalga se insinúa y desciende algo en la excavación. La cadera derecha descansa en la sínfisis pubiana, mientras que la izquierda mira hacia la concavidad del sacro. Basta observar esta actitud y la dirección del dorso fetal para comprender que en tales casos, una vez iniciado el parto, se efectuará el encaje por asynclitismo posterior, pues la nalga irá á ocupar todo el espacio llenado en nuestros cortes por las materias fecales detenidas en el recto, las mismas que serán llevadas por delante á medida que la presentación descienda.

TERCER CORTE

HISTORIA CLINICA

C. S., de 43 años de edad y de nacionalidad italiana, fué conducida por la Asistencia Pública á la Maternidad el día 3 de Enero de 1903, á las 8 a. m., en estado agónico, falleciendo en seguida y antes de que hubiera sido posible prestarla auxilio alguno.

Por el interrogatorio dirigido al esposo, supimos que esta mujer, después de un embarazo de todo punto normal, había principiado á perder sangre en abundancia desde cuatro días atrás.

La hemorragia se inició durante la noche y, según el marido, con dolores del parto.

Nada se hizo para conjurar accidente tan grave, porque no faltó quien diera el criminal consejo de esperar á que, corriendo el tiempo, el trabajo mismo del parto cohibiera la hemorragia. Luego se verá que habría bastado desgarrar ampliamente las membranas en momento oportuno para salvar la vida de dos seres.

Esta mujer había sido una gran multípara, pues tuvo siete hijos y tres abortos; de los primeros, cuatro varones y tres mujeres, todos nacidos á tiempo, de vértice y criados por la madre.

El octavo embarazo, á semejanza de los anteriores, si se exceptúa algunos vómitos matutinos, no presentó nada de particular hasta el momento de aparecer la hemorragia que puso fin á sus días

Las reglas duraban ocho días, eran regulares, habiendo sido en el mes de Mayo, del 9 al 17, la última vez que las tuvo. Esta cifra concuerda con la edad del embarazo, calculada por nosotros en nueve meses cumplidos, teniendo en cuenta el volumen y altura del útero y el tamaño del feto.

EXAMEN GENERAL Y OBSTETRICO

Esqueleto perfectamente normal; mujer bien desarrollada de 1 metro 59 centímetros de altura.

Piel blanca, con grietas antiguas en el abdomen; línea blanca y aréolas pigmentadas y efélides en la cara.

El corazón y los pulmones suponemos que eran normaies, pues no hubo tiempo de examinarlos.

No existían varices ni edema en los miembros inferiores.

Los senos y mamelones eran bien desarrollados, como que había criado á todos sus hijos.

Las paredes abdominales no tenían gran espesor y el volumen del vientre correspondía al de una preñez á primer término.

El útero algo desviado á la derecha.

Presentación cefálica, movible.

Posición y variedad; izquierda transversal.

Auscultación; falta de latidos fetales.

Pelvis: diámetro B. T. 32 c.; B. E. 25 c.; B. I. 27 c.; S. P. 19 c.; P. P. M. 10 c. 6 mm.

Al tacto reconocimos la existencia de coágulos sanguíneos en la vagina, que fueron extraídos, el reblandecimiento pronunciado del cuello y la dilatación, que siempre existe en las multíparas al fin de la preñez, pero sin que hubiera principiado á borrarse; dato impor-

tante por no armonizarse bien con el antecedente del marido, que decía haber principiado la hemorragia conjuntamente con el parto.

El empastamiento pronunciado que se notaba, tactando la presentación por el fondo de saco anterior de la vagina, el mismo que no existía cuando se examinaba por el fondo de saco posterior, permitió hacer el diagnóstico de inserción anterior y marginal de la placenta. Introduciendo el dedo en el orificio del cuello se notaban las membranas íntegras, y hacia adelante del orificio interno el borde inferior de la placenta un tanto desprendida y engrosada.

¿Cómo armonizar la existencia, aún completa del cuello uterino con el antecedente suministrado por el marido, de que había principiado el parto cuatro días atrás, conjuntamente con las hemorragias?

Pensamos que, dada la insercion marginal de la placenta, las primeras contracciones dolorosas la desprendieron en cierta extensión por el tironeamiento de las membranas, provocando la primer hemorragia; con la sangre perdida, el trabajo del parto se detenía hasta que nuevas contracciones hacian repetir el accidente, y así se alternaron hasta que la sangre se concluyó antes que el trabajo del parto hubiera conseguido ni siquiera borrar el cuello del útero.

Tenemos, pues, un caso de embarazo á término, en el cual, al iniciarse los dolores del parto, aparecen hemorragias graves, que matan la paciente antes de que el cuello uterino hubiera principiado á borrarse.

PREPARACION DEL CADAVER
Y
CORTE SAGITAL

Hemos empleado para este cadáver el mismo procedimiento de endurecimiento y conservación que para los otros, con pequeñas modificaciones tendientes á conservar á estas grandes piezas anatómicas el color natural de los diferentes tejidos divididos por el corte.

Después de algunas tentativas, fracasadas en los primeros cortes, hemos tenido la satisfacción de ver realizado nuestro propósito en este último ensayo y de hoy en adelante estas grandes piezas de anatomía obstétrica exhibirán á la naturaleza hablando hasta con su verdadero colorido.

Con la práctica adquirida, la sección nos ha sido algo más fácil, habiendo caído justamente sobre el cuello uterino y sobre la uretra misma. Para efectuar este corte hemos dispuesto de la inteligente ayuda del médico interno Dr. César Blayer.

Acto continuo de terminar la sección se sacaron las fotografías que han servido para los fotograbados núm. V y VI.

El líquido amniótico derramado, al cortar las paredes uterinas, no pasaba de seiscientos gramos y estaba muy teñido de verde por el meconio expulsado por el feto antes de morir.

LO QUE REVELA ESTE CORTE

Utero y cuello. Observando las dos mitades del órgano de la gestación se nota que el corte lo ha dividido en partes casi iguales no obstante la pequeña inclinación que tenía hacia la derecha de la línea media.

Sus relaciones con los órganos vecinos son las siguientes: hacia adelante y en toda su extensión, con la pared abdominal, con la sínfisis y con la vejiga; por tedrás, con la Silíaca, el promontorio, las tres últimas vértebras lumbares y el páncreas; por arriba, con el estómago, hígado y colon transverso; hacia abajo, con la vagina y recto; á la izquierda, con el paquete intestinal, y á la derecha, con el colon ascendente y las paredes abdominales.

La forma reniforme de la superficie de sección del útero resalta á la vista y es debida al hundimiento del promontorio en la superficie posterior de aquél, que se ve obligado á reclinarse sobre él y las últimas vértebras lumbares, cambiando así por completo la dirección de su eje longitudinal con relación á la dirección del eje del plano del estrecho superior de la pelvis. Su configuración general es la de un ovoide aplastado por su cara posterior.

Las dimensiones de la cavidad uterina son las siguientes:

Diámetro longitudinal máximo.......	28	centímetros..
— anteroposterior máximo....	16	—
— transverso máximo........	19	—

Correlacionados estos diámetros con los del feto apelotonado, se comprende que la ley de acomodación le obligaba á presentarse longitudinalmente y en posición izquierda ó derecha por el predominio del diámetro tranverso sobre el anteroposterior.

Examinando el espesor de las paredes uterinas en los diferentes segmentos, encontramos:

Espesor del fondo del ùtero...........	4	milímetros.
— máximo de la parte media.....	10	—
— del segundo inferior..........	6	—

Como se ve, estas medidas vienen á corroborar la observación que

ya dejamos anotada al estudiar los cortes anteriores; es decir, que contrariamente á la opinión corriente de los clásicos, el máximum de espesor del útero, al fin de la gestación, no se encuentra en el fondo del órgano, sino hacia la parte superior del segmento medio ó en la mitad misma del órgano, como en el caso presente.

La particularidad que ofrece este útero con relación á los dos anteriores es que, el adelgazamiento de todo su fondo supera al del segmento inferior que es, en la inmensa mayoría de los casos, el más delgado de los tres segmentos.

Nos explicamos esta anomalía por haber venido la placenta á insertarse en toda la cara anterior del segmento inferior; es decir, justamente en la región donde en los otros casos más se adelgaza el útero, y á servir así de una especie de almohadilla destinada á disminuir la presión constante que sufre la pared anterior del segmento inferior entre la sínfisis pubiana y la presentación. Y tan debe ser esto así que, mientras ella ha conservado el mismo espesor que la pared opuesta del mismo segmento, que no sufre contrapresión alguna, obsérvase á la placenta reducida, en esa región, á la mitad del espesor que ordineriamente tiene.

Los cortes que nos ocupan llegan en tiempo oportuno para arrojar nueva luz en la cuestión, aún á la orden del día, sobre las modificaciones que la preñez impone al útero en lo referente al espesor de sus paredes.

Nos parece indiscutible que en los últimos meses del embarazo el órgano gestador ha perdido, no solamente la forma y dimensiones primitivas, sino también, y lo que parece más raro, el espesor de sus paredes. En efecto, si el espesor de estas en el útero no grávido varía de ocho á once milímetros, es evidente que sufren un marcado adelgazamiento, cuando vemos en los cortes que nos ocupan zonas de cinco y aun de tres milímetros de espesor,

El tiempo, con sus nuevas investigaciones, ha venido á dar la razón á Mauriceau, que aceptaba el adelgazamiento del útero al fin del embarazo, negándosela á Velpeau y Depaul, que creían que las paredes uterinas conservaban el mismo espesor originario en toda la duración de la preñez.

¿Pero este adelgazamiento es igual y uniforme para todo el órgano gestador? Esta es otra cuestión no menos interesante. En efecto, estudiando los cortes de Champetier de Ribes, de Braune, de Waldeyer, de Bayer y los tres nuestros, practicados todos ellos en úteros al fin de la preñez, resulta evidente que la disminución en el espesor de las paredes varía con los diferentes segmentos del útero, en-

contrándose el máximum de dicho espesor en el segmento medio, tanto en la cara anterior como en la posterior, donde llega á ocho y diez milímetros, y el mínimum en la cara anterior del segmento inferior, donde mide unos tres milímetros; el segmento superior, ó mejor dicho, el fondo del útero ocupa, en cuanto á su espesor, una situación intermedia por ser mayor en tesis general que el del segmento inferior.

La disminución ó adelgazamiento no es igual para un mismo segmento; pues se ve en el inferior que la pared anterior, oprimida por la presentación contra la sínfisis pubiana, es mucho más delgada que la posterior, que permanece libre mirando á la concavidad del sacro.

Tenemos, pues, que es hacia la zona media del útero donde sus paredes menos se adelgazan, circunstancia que hemos podido apreciar, no solamente en los cortes precitados, sino también al practicar varias operaciones cesáreas.

Y aún podríamos avanzar algo más sobre tema tan interesante, diciendo que las diferencias de espesor en las diferentes regiones del útero, arriba anotadas, persiste aun después del alumbramiento, como hemos podido comprobarlo en cortes de úteros de recién paridas. Uno de ellos, extraído inmediatamente después de morir la mujer y cortado longitudinalmente, arroja estas medidas: espesor del fondo, 2 centímetros 7 milímetros; espesor del cuerpo, 4 centímetros; y del segmento inferior, 2 centímetros 7 milímetros.

En otro corte análogo, efectuado en un útero con una preñez de tres meses, encontramos que el espesor del fondo es de un centímetro, el del cuerpo de 1 centímetro 3 milímeros, y el del segmento inferior de 5 milímetros.

Estas piezas anatómicas nos permiten concluir que tanto en el tercero como en los dos últimos meses del embarazo é inmediatamente después del alumbramiento, son las paredes del cuerpo del útero las que tienen mayor espesor, luego vienen en orden de frecuencia las del fondo y por último las del segmento inferior.

El cuello, según puede verse en los fotograbados núm. V y VI, y como ya nos lo indicó el tacto vaginal, no había principiado á borrarse, se encontraba íntegro en el momento de fallecer la mujer.

La altura del cuello es de *dos centímetros*, cifra muy inferior á la que le asignan la generalidad de los observadores, pero que guarda relación con la del cuello del segundo corte practicado en un útero que no había llegado á término ni entrado en trabajo, pues la mujer murió de hemorragia cerebral.

El diámetro anteroposterior, medido en la superficie de sección,

arroja cuatro centímetros y dos milímetros. El hocico de tenca mira y se aplica sobre la cara posterior de la vagina.

Placenta. Se encuentra insertada en la cara anterior é inferior del útero; ocupa todo el segmento inferior y algo del medio, llegando hasta el borde mismo del orificio interno del cuello, pero sin recubrirlo. (Véanse los fotograbados núms. V y VI—6, 6.)

Su inserción es, no solamente anterior, sino también algo lateral izquierda.

Medida la placenta en la superficie de sección, nos da un diámetro de diecisiete centímetros; del centro de este diámetro la placenta corre á la derecha en una extensión de nueve centímetros, y á la izquierda en la de trece, de manera que el diámetro horizontal mide veintidós centímetros y supera en cinco al vertical. Su forma es, por lo tanto, ovalar.

En cuanto á su espesor, diremos que es reducido porque arroja un promedio de doce milímetros, no pasando de ocho en el sitio donde se halla comprimida entre el parietal derecho del feto y la sínfisis pubiana. Contrasta con este adelgazamiento el espesor de dos centímetros que ofrece el borde inferior de la misma en casi toda la extensión en que rodea el orificio interno del cuello, donde constituye una especie de rodete libre por su borde y cara inferior, que se ha desprendido completamente de la pared uterina, y sujeto tan sólo superiormente de las membranas aún intactas.

Basta dar una ojeada á los fotograbados N.° V—21 y VI—6, para convencerse que estudiamos un caso típico de *placenta marginal*, pues se la ve llegar y detenerse justamente sobre la margen anterior del orificio interno del cuello sin intentar recubrirlo. No se trata, por lo tanto, de una placenta previa, según nuestra manera de clasificar esta clase de inserciones placentarias, porque ella no es *previa* al feto, pudiéndose tocar la presentación á través del cuello sin que la placenta se interponga. Compárese la ubicación de esta placenta con la del primer corte (Fotograbados N.° I y II), donde ella hace las veces de tapadera del orificio interno del cuello: imposibilitando el tacto directo de la presentación sin destruirla, agujereándola previamente, y se verá cuán conveniente, para mejor entenderse y ajustarse á la verdad científica, es llamar tan sólo á estas últimas, *placentas previas*, y á cuantas se encuentren en el caso de la del tercer corte, simplemente *placentas marginales*, porque no son otra cosa y porque clasificándolas también á estas últimas de previas, se comete una falsedad científica, y el lector, si no tiene los fotograbados por delante, nunca podrá darse cuenta exacta de la verdadera situación de la placenta con relación al cuello uterino.

Examinando ambas mitades del corte se llega á conocer la causa, manera de producirse y por qué no se detuvo la hemorragia que concluyó con la vida de esta mujer.

Las primeras contracciones del trabajo del parto y á causa de la menor elasticidad ó distensión que pueden sufrir las membranas en las proximidades de su unión á la placenta cuando ésta se inserta en la vecindad del cuello, como en el caso presente, dieron por resultado, según el mecanismo, tan bien explicado por el profesor Pinard, del tironeamiento de las membranas sobre el borde marginal de la placenta, que esta se desinsertase de la cara anterior é inferior del útero en una extensión de cinco y medio centímetros, como se ve admirablemente en los dos fotograbados respectivos.

Desgarrada así la caduca serotina, quedaron abiertos gran número de senos uterinos y placentarios y el mismo seno circular de la placenta, quc fueron otras tantas puertas abiertas que dejaron escapar la vida de dos seres.

Esta mujer murió por falta de auxilios; conocido el mecanismo del desprendimiento de la placenta se concibe que, con desgarrar ampliamente las membranas para que dejen de tironear y de desprender á la placenta, como lo aconseja Pinard, ò introduciendo un globo de Champetier de Ribes ò en último caso con una versión, se habría cohibido la hemorragia y conjurado un peligro inminente de muerte.

Las membranas nada ofrecen digno de especial mención; se encuentran íntegras.

El cordón umbilical quedó comprendido en la mitad izquierda del corte, su inserción es central y mide 48 centímetros de largo por 12 milímetros de ancho.

Vagina. Bien dividida por el corte (Fotograbado núm. V—3), ofrece una superficie de sección algo anfractuosa debido á los pliegues de sus paredes Presenta un gran vestíbulo (27) y dos paredes; la anterior más corta, de cinco centímetros tan solo, y la posterior de nueve centimetros. Los fondos de saco vaginales, tanto el anterior (25), que separa al cuello de la vagina, como el posterior, tan próximo al fondo de saco de Douglas (7), se distinguen mucho mejor que en los cortes precedentes.

En general, la dirección del canal vaginal, es paralela al plano del estrecho superior de la pelvis, de manera que el eje de este último es perpendicular al primero; observación coincidente con la de los casos anteriores.

En la vulva no se nota nada de anormal; la pigmentación de los labios, tan común en la generalidad de los casos, no es muy acentuada en el presante.

En el ano existe un verdadero paquete hemorroidal (27).

Vejiga y uretra. El cuchillo ha dividido estos órganos en dos partes iguales, según puede verse en ambos fotograbados. Núms. V—24 y 26 y VI—5 y 3.

La superficie de sección vesical es alargada y no triangular, como en los otros casos; se comprende que la pared posterior del órgano se haya visto obligada á plegarse mejor á la cara anterior del mismo, no sólo por la presión de la cabeza, sino también por el mayor espesor y resistencia de la pared anterior del útero, doblada por la ubicación de la placenta en ese punto.

Por lo demás, su ubicación no varía, encontrándose oculta entre la sínfisis pubiana y el segmento inferior del útero. Sus paredes, retraídas, miden un centímetro de espesor y su situación en el estado de vacuidad es perfectamente pelviana.

Columna vertebral, sacro y coxis. La sierra nos permite ver en esta región la superficie de sección de las cinco vértebras lumbares, con sus respectivas apófisis espinosas, el canal medular ocupado por la cola de caballo muy visible (Fotograbado VI—16), los cuerpos y cartílagos intervertebrales y también la sección del sacro y del coxis.

Es bien pronunciada en ambos fotograbados la situación de la apófisis espinosa de la quinta vértebra lumbar (19 y 11), que sirve conjuntamente con la parte superior de la sínfisis pubiana, para medir el diámetro sacropubiano, notándose que, efectivamente, su extremidad queda á igual altura del promontorio (10 y 20). Este último es más pronunciado que el del corte precedente.

El sacro y coxis describen una curva de concavidad superior de lo más regular que podría desearse. Algunas asas intestinales y el recto ocupan dicha concavidad (8).

El diámetro coxisubpubiano tiene nueve centímetros, siendo, por lo tanto, el más pequeño de los diámetros del estrecho inferior óseo de la pelvis. El, como sus congéneres de los cortes anteriores, se encuentran muy distantes de la cifra de once centímetros, que le asignaban invariablemente los clásicos antiguos y aun modernos, hasta que trabajos de Varnier y Farabeuf, corroborados hoy por los nuestros, han venido á rectificar errores y á colocar la verdad en su debido terreno.

Véase, ahora, cuales son las distancias que separan al promontorio de la sínfisis pubiana;

Diámetro	promonto-suprapubiano.....	11 1/2	centímetros.	
—	promonto-infrapubiano.....	13	—	
—	promonto-pubiano mínimo...	10	—	6 milímetros.

Estas cifras son muy ilustrativas, por cuanto enseñan que, si mediante la pelvimetría digital deducimos tan solo, como es la práctica corriente, un centímetro y medio al diámetro promonto-infrapubiano, encontraremos el diámetro promonto-suprapubiano pero no el promonto-pubiano mínimo. En efecto:

$$13 \text{ c.} - 1\ ^1/_2 = 11\ ^1/_2 \text{ c.}$$

pero vemos que el diámetro promonto-pubiano mínimo llega solo á diez centímetros seis milímetros, luego para encontrar este diámetro sería necesario descontar, á la medida obtenida con la pelvimetría digital, dos centímetros y medio, como lo aconsejan los alemanes, en vez de un centímetro y medio para encontrar la medida del diámetro útil.

Feto. A término, del sexo femenino, bien desarrollado; pesa 3.160 gramos y mide cincuenta y un centímetros de largo.

Presentación de vértice, posición izquierda, y variedad transversal. Encuéntrase bien apelotonado; las extremidades inferiores se alternan con las superiores al aplicarse sobre la cara abdominal, como en el corte segundo, y la cabeza fuertemente flexionada sobre el pecho, como cuadra al primer tiempo del trabajo del parto. El cuerpo del feto se encurva lateralmente, para seguir la dirección de la cavidad uterina, quo se amolda á la salida enorme formada por el promontorio y la columna vetrebral.

Diámetros de la cabeza fetal.	B. P...........	9	centímetros
	B. T...........	8	—
	O. F...........	10 ½	—
	S. O. B...........	9	—
	S. O. F...........	10	—
	O. M...........	11 ½	—
	Máximo de Budin..	12 ½	—
Circunferencia de la cabeza	....	34	—

Por lo que tales medidas dicen, trátase de una cabeza más bien chica que grande, y sin embargo, se halla muy distante de haberse encajado. Lo que, sin duda, ha opuesto cierta dificultad al descenso de la presentación es la inserción de la placenta en el segmento inferior del útero, pues el espesor de ella, unido al de las paredes del ór-

gano en gestación, han reducido considerablemente el diàmetro útil de Pinard, que solo mide, en este caso, diez centímetros seis milímetros. Pero esto no obstante, á continuar el trabajo del parto, la cabeza no habría tardado en encajarse, pues basta observar la actitud de ella, descansando con el parietal derecho sobre la sínfisis pubiana, mientras que reclina el temporal del lado opuesto en el promontorio, para darse cuenta que al menor movimiento anteroposterior que ejecutase, tendiente á aproximar el parietal posterior á la concavidad del sacro, el parietal anterior habría perdido el punto de apoyo sobre la sínfisis pubiana, deslizándose por detrás de ella, y el encaje se habría efectuado por asynclitismo posterior, según lo ha evidenciado Farabeuf én sus célebres trabajos.

Con solo romper las membranas, para que saliera el líquido amniótico contenido entre ellas y la presentación, hubiera bastado para detener la hemorragia y facilitar el encaje de la cabeza, que habría venido á servir de globo de presión, y por lo tanto, de hemostasia sobre la porción ya desprendida de la placenta. (Fotograbado núm. 7—6, 8 y 9).

CONCLUSIONES

I

Los tres cortes sagitales sobre que versa el presente trabajo, practicado el primero en un caso de preñez á término, con placenta previa total, el segundo en un caso de embarazo normal de siete y medio meses, con presentación de nalga, y el tercero en una preñada de nueve meses, con placenta marginal, son los primeros que se efectúan en Sud-América; entrando, por su rareza, el de placenta previa total, á figurar como el tercero de los conocidos en el mundo científico.

II

A falta de medios de refrigeración adecuados para endurecer cadáveres, hemos empleado las inyecciones intravasculares de formol puro, con la doble ventaja de endurecer los tejidos tanto como el hielo mismo, y de permitirnos la conservación indefinida de las piezas sin que se modifiquen las relaciones de los órganos ni la textura y el color de los tejidos.

III

El primer y tercer corte prueban que la placenta, no obstante insertarse sobre el cuello, puede dejar llegar á término el embarazo sin que las hemorragias se presenten antes del principio del trabajo del parto.

IV

La orientación de las cabezas fetales, en el primero y tercer corte, descansando un parietal sobre la sínfisis pubiana, mientras que el otro, mucho más bajo, mira hacia la concavidad sacra, indica que el encaje de la cabeza en la excavación tendía á efectuarse por asynclitismo posterior, según el mecanismo indicado por Farabeuf, y el mismo que no tuvo tiempo de efectuarse por encontrarse la concavidad del sacro completamente ocupada por una inmensa ampolla rectal y por la placenta previa total.

V

La falta de coincidencia y paralelismo entre los ejes uterino y fetal con la direccion del eje del estrecho superior de la pelvis, puesta de manifiesto en los tres cortes, prueba lo que ya había observado Varnier, es decir, que la teoría del synclitismo de Levret para explicar el mecanismo del encaje, es de todo punto erróuea.

VI

Del estudio de estos y de otros cortes llegamos á la conclusión de que el espesor de las paredes uterinas disminuye durante la gestación y que, contrariamente á lo que se creía hasta hoy, el máximum de dicho espesor no se encuentra en el fondo del útero, sino en el *segmento medio*, hacia la unión con el segmento superior, siendo en realidad más delgado el fondo del útero y más aún el segmento inferior, sobre todo en su cara anterior. Estas diferencias en el grosor de las paredes uterinas las hemos notado en los dos últimos meses del embarazo.

VII

En una preñez de tres meses y aun después del alumbramiento y en úteros bien retraídos, hemos observado que se conserva la misma relación en el espesor de sus paredes, ofreciendo el máximum de engrosamiento hacia la parte media del órgano gestador y no en el fondo.

VIII

La medición de los diámetros coxisubpubianos, el uno de ocho y medio centímetros, otro de ocho centímetros nueve milímetros y el tercero de nueve centímetros, vienen á corroborar las conclusiones de Farabeuf y Varnier, contrarias á las de los clásicos, que asignaban once centímetros para dicho diámetro del estrecho inferior óseo, cuan-

do las observaciones cadavéricas y clínicas solo arrojan, según ellos, un promedio de ocho centímetros y medio.

IX

La vejiga, estando vacía, queda oculta por detrás de la sínfisis pubiana, no pudiendo ser herida en ninguna operación cesárea ó laparotomía, por baja que se haga la incisión, si se ha tenido, como es de regla, la precaución de practicar previamente el cateterismo vesical.

X

El cuello uterino del tercer corte y el del segundo perteueciente á una preñada muerta en el octavo mes sin que se hubiera iniciado trabajo alguno de parto, revelan no haber sufrido aumento alguna en el sentido longitudinal, como modificación impresa por el embarazo, pero sí en sus diámetros anteroposteriores y transversales que se encuentran aumentados.

XI

La mayor vascularización de la pared uterina en el sito de implantación de la placenta, queda manifiesta en el segundo y tercer corte, que dan la clave también para explicar el por qué de la mayor hemorragia en la operación cesárea cuando la placenta se fija en la cara anterior del útero.

NUTA: No habiendo llegado á poder de esta Secretaría los clichés de los grabados mencionados en esta comunicación, no han podido ser reproducidos.

SOBRE TRES FETOS ACONDROPLASICOS Y SUS RADIOGRAFIAS RESPECTIVAS

par Mr. ELISEO CANTON (Buenos Aires).

AL SEÑOR PRESIDENTE DEL COMITÉ EJECUTIVO DEL XIV CONGRESO INTERNACIONAL DE MEDECINA, DON JULIÁN CALLEJA Y SÁNCHEZ:

La observación de tres casos típicos de fetos acondroplásicos, nos ha sugerido la idea de escribir la presente comunicación, que servirá, cuando menos, para dejar constancia de que en Sud-América existe también esa rara deformación de los huesos, ya estudiada en Europa, y que es debida á la pérdida de las propiedades osteogénicas de los cartílagos epifisiarios.

El primero de nuestros sujetos nació á término y vivió breves ins-

tantes; el tercero, de ocho meses, vivió doce horas después del parto; á no haber muerto, ambos habrían llegado á ser hermosos ejemplares de enanismo acondroplásico. El otro feto nació muerto á principio del octavo mes de embarazo.

La acondroplasia existe en la República Argentina, no sólo en recién nacidos, sino también en adultos que, desgraciadamente, no hemos podido estudiar con detención, pero que, dada su evidente macrocefalia y micromelia (sobre todo rizomélica), unida á un tronco bien desarrollado, autorizan á suponer que son casos de enanos acondroplásicos y no raquíticos.

ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS Y RAREZA DE LA ACONDROPLASIA

La publicación de tres nuevos casos de *acondroplasia*, pertenecientes al museo de nuestra clínica, contribuirá seguramente á enriquecer la lista, hasta hoy bastante pobre de esta clase de osteitis.

En efecto; las observaciones que corren en el mundo científico europeo no pasan de una veintena, y en América estas serán las primeras, no diré que se presentan, pero sí que se reconocen y pnblican.

Hay asentimiento casi universal en reconocor que la *acondroplasia* es sumamente rara, y por nuestra parte no lo negamos; pero hacemos notar que, siendo con frecuencia confundida con el raquitismo intrauterino, tal vez su rareza no es tan grande como nuestra impericia para descubrirla.

Los tres casos, que son objeto de la presente monografía, han sido recogidos en cortos intervalos de tiempo en la Maternidad de San Roque. ¡Cuántos no habrán pasado desapercibidos en el público y servicios hospitalarios, englobados en la socorrida denominación de mónstruos fetales!

Descansamos en la seguridad de que, á medida que el mundo médico se ilustre y consiga reconocer la existencia de los *acondroplásicos*, más de una publicación seguirá el camino de la nuestra, evidenciando que la rareza de estos casos resultaba mayor que la realidad, porque no se sabía distinguirlos y clasificarlos.

La acondroplasia ha sido confundida con el raquitismo, desde Müller, én 1867, hasta finalizar el siglo pasado. Análoga confusión cometieron Virchow, Vinkel, que describieron un caso de raquitismo intrauterino con micromelia en 1871, Neumann, Eberth, Wyes, Smith, Kassovitz y otros. Depaul, en 1878, procuró diferenciar esta enfermedad del raquitismo verdadero; después, Parrot, Porak, Thompson y Lugeol, en 1892, efectuaron estudios completos de la acondroplasia.

Más recientemente, en 1900, M. Pierre y Marie, en un estudio notable, publicado en la *Presse Médicale du 14 Juillet*, da los signos característicos del enanismo acondroplásico, haciendo imposible su confusión con el raquitismo. En 1901, R. Cestan ha publicado, en la *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, un interesante trabajo sobre una niña de nueve años acondroplásica.

Finalmente, en el año próximo pasado, han hecho publicaciones análogas el Dr. E. Apert, sobre dos adultos enanos acondroplásicos (clown de circo), y los Dres. F. Regnault y Back.

Haremos notar, por último, que los tres recién nacidos acondroplásicos, objeto de esta comunicación, son muy superiores, por la acentnación de los caracteres externos y deformidades óseas, á los casos análogos publicados por Porak el uno, y el otro por Haudbuch.

PRIMER CASO

HISTORIA CLÍNICA

El 25 de septiembre, y á hora de clase, llegaba á nuestro servicio, conducida en camilla, la mujer Agustina E., de cuarenta años de edad y de nacionalidad francesa. Los padres de esta mujer murieron de neumonia; no tiene antecedente hereditario alguno. Jamás ha estado enferma ella ni su marido, habiendo reglado bien en el intervalo de sus preñeces.

Ha tenido once partos anteriores, todos á término, de vértice y de todo punto de vista normales; viven hasta hoy los once hijos, cinco mujeres y seis varones; todos fueron criados por la madre y perfectamente desarrollados sin nada de anormal.

Esta última preñez no ha tenido diferencia apreciable, para la madre, con las anteriores; solo el parto fué algo más laborioso. Este tuvo lugar en el público, naciendo de vértice un feto del sexo femenino, que vivió pocos minutos, y como el alumbramiento no se efectuase pasadas cuatro horas, fué conducida á la Maternidad, donde efectuamos el alumbramiento artificial, extrayendo la placenta y membranas, que nada ofrecían de particular. La causa de la detención placentaria era la retracción del anillo de Bandl.

Al apercibirnos de que el feto era un micromélico con macrocefalia, repetimos el examen de los antecedentes hereditarios, sobre todo bajo el punto de vista de la sífilis y del alcoholismo, sin resultado alguno positivo. La madre asegura que este feto es hijo del mismo padre que los anteriores.

El puerperio fué normal, saliendo ella de alta al décimo día.

EXÁMEN DEL FETO

Basta dar una ojeada al fotograbado I, que representa al feto en menos de la mitad de su tamaño natural, para poder apercibirse del contraste chocante formado por un tronco bien desarrollado, con sus cuatro extremidades sumamente acortadas en el sentido longitudinal; resulta un sujeto risible, en quien el exceso de piel replegada en los miembros inferiores le dan el aspecto de una persona que pierde los pantalones.

La cabeza, bastante mayor que la media general de los fetos á término, contrasta igualmente con la brevedad de los miembros superiores é inferiores. El ceño, acentuado por la gran depresión de la raíz de la nariz, contribuye á dar á la fisonomía un aspecto duro y propio más bien de un adulto que de un recién nacido.

Este feto, del sexo femenino, es bien desarrollado, más bien grueso; la piel se ha desenvuelto en la medida necesaria á cubrir miembros de proporciones normales; de allí que se nos presente acordionada.

Sus dimensiones son las siguientes:

		Gramos.
Peso total		2.555
		Centímetros.
Longitud total		40
		Centímetros.
Diámetros de la cabeza	O. M.	13 1/2
	O. F.	12 1/2
	S. O. B.	11
	S. O. F.	11 1/2
	Bi P	11 1/2
	Bi T	10
	S. M. B	11
	Máximo de Budin	16
Circunferencia de la cabeza		37

Tronco.............	De la séptima vértebra cervical al coxis........................		20
	Diámetro biacromial............		12
	Diámetro biilíaco...............		10
	Circunferencia del tórax, línea mamaria.....................		27
	Circunferencia del abdomen, línea umbilical....................		30
Miembros superiores..	Longitud de los brazos..........		2 1/2
	Longitud de los antebrazos......		4
	Longitud de las manos (de la muñeca á la punta del medio).....		4
	Circunferencia de los brazos.....		11
Miembros inferiores..	Longitud de los muslos..........		3 1/2
	Longitud de las piernas.........		4
	Pie..	Altura..................	2
		Ancho...................	2
		Largo...................	5
	Circunferencia de los muslos.....		16

Del examen de estas medidas resulta: que tenemos por delante un feto macrocéfalo, no hidrocefálico, pues la osificación de los huesos del cráneo y de las suturas es avanzada, micromélico con relación á sus extremidades, y sobre todo, rizomélico, pues la falta de desarrollo es más acentuada aún en la raíz de los miembros torácicos y abdominales, que en los brazos y muslos.

Llamamos la atención sobre una curiosa particularidad: la longitud de los dedos de las manos es casi igual para todos ellos, sucediendo lo mismo con los pies.

Este feto nació vivo, con su piel perfectamente sana y sin indicio del más pequeño vestigio de enfermedad constitucional alguna.

El aspecto externo de los órganos de los sentidos y el desarrollo piloso son los de un feto normal.

EXAMEN RADIOGRÁFICO

Véase ahora la radiografía núm. I, que debemos á la amabilidad y competencia del Dr. Plottier y que ha sido reducida á la mitad del tamaño natural.

La sombra bien acentuada de los huesos del cráneo indica el grado de osificación alcanzado por ellos, siendo algo menos pronunciada la de los de la cara.

Toda la columna vertebral es perfectamente normal, pues la ligera inclinación lateral que ella presenta débese á no haberse estirado bien el feto á fin de que cupiera todo él en una sola placa fotográfica.

Las clavículas y costillas, huesos que, como se sabe, no proceden de cartílagos, han adquirido las dimensiones y formas correspondientes á su edad. No existe nada parecido al rosario raquítico, y la ampliación del cono costal, hacia la base del tórax, es perfectamente gradual, como en los sujetos mejor constituídos, sin que pueda notarse esa ampliación brusca y deformadora de la base del tórax, propia de los fetos raquíticos.

Los huesos de la pelvis nada nos ofreeen de particular, se aprecian claramente los puntos de osificación correspondientes á los ilíacos, isquion, pubis y sacro.

Donde se destaca con claridad admirable la deformación del esqueleto es en las extremidades superiores é inferiores. Los húmeros miden tan solo veintitrés milímetros de longitud cuando, dada la edad del feto, deberían medir siete centímetros de largo, su espesor es perfectamente normal en las diáfisis (seis milímetros); mas no así en las epífisis, que se encuentran aumentadas de volumen.

Los huesos de los antebrazos adolecen de análoga deformación. Los cúbitos solo tienen veinticinco milímetros de largo y los radios dieciocho milímetros, cuando correspondía á los primeros, seis centímetros y medio y á los segundos cinco centímetros y medio de largo; el espesor de las diáfisis es normal asi como su forma, excepción hecha para ambos radios, que presentan una incurvación diafísiaria perfectamente simétrica; las epifisis hállanse abultadas.

Los metacarpianos llegan á cuatro milímetros de largo, cuando deberían tener catorce milímetros y las falanges están reducidas á su mínimum de expresión.

La micromelia de las extremidades es igualmente notable. Los dos fémures, de espesor normal (siete milímetros), pero muy cortos, presentan en las diáfisis una incurvación simétrica, de concavidad interior; miden veintiocho milímetros de largo, cuando deberían tener ocho centímetros; llama en ellos la atención la sombra de los cartílagos epifisiarios superiores, que parecen sostenidos por une cápsula de la extremidad superior de los fémures.

Las tibias y peronés no tienen deformación lateral, pero sí longitunal; las tibias miden veinte milímetros de largo y los peronés trece milímetros, cuando en rigor deberían medir las primeras siete centímetros y los segundos seis centímetros y medio. El espesor de estos huesos (seis milímetros las tibias) es normal.

De los huesos del tarso solo se aprecian las sombras correspondientes al calcáneo y al astrágalo; los metatarsianos miden un promedio de seis milímetros, cuando deberían tener quince milímetros.

A la radiografía de este feto acondroplásico acompañamos la de otro nacido muerto á termino, y con una fractura del húmero derecho á fin de que su esqueleto normal sirva de punto de comparación. Véase la radiografía núm. II).

SEGUNDO CASO

HISTORIA CLINICA

Al Dr. César Blaye, médico interno del Hospital, le debemos este segundo é interesante ejemplar, que ha venido á enriquecer nuestro Museo.

Trátase de una mujer argentina, casada, de 28 años de edad, y sin ningún antecedente hereditario morboso. Entre sus antepasados y parientes no han existido raquíticos ni enanos.

Es multípara; el primer embarazo llegó á término, tuvo un parto normal, y el niño. criado por la madre, vive, y tiene hoy cuatro años.

El segundo embarazo no llegó á término, y ha sido el que produjo el feto que nos ocupa. Esta preñez no ofreció particularidad alguna que la distinguiera de la anterior, salvo el hecho de haber terminado con la expulsión prematura de un feto muerto, deforme y del sexo masculino.

Posteriormente ha tenido un tercer embarazo, con parto à término feliz; este hijo, criado por la madre, no presenta, como el primero, ningún vestigio de anormalidad.

Los tres son hijos del mismo padre. No nos ha sido posible descu-

brir antecedentes sifilíticos en ninguno de ellos, pero sí alcohólicos, por lo que al padre se refiere.

Estos antecedentes, como se ve, no arrojan mayor luz sobre la etiología ni sobre la naturaleza misma del caso que nos ocupa, circunstancia que nos obliga á concretarnos al examen externo y radiográfico de la pieza, para justificar su clasificación y fundar las consideraciones que ella nos sugiera.

EXAMEN DEL FETO

La fotorradiografía N.º II presenta en toda su afeante realidad este caso raro de pronunciadísima micromelia.

El desarrollo de la cabeza no guarda relación con el del tronco y menos con el de los miembros superiores é inferiores enormemente atrofiados. La piel bien desenvuelta en la proporción necesaria á cubrir extremidades normales, se encuentra en exceso y obligada á replegarse sobre sí misma.

Sus dimensiones son las que siguen:

		Gramos.
Peso total		1.160
		Centímetros.
Longitud total		25
Diàmetros de la cabeza.	O. M.	11
	O. F	10
	S. O. B	8
	S. O. F	10
	B. P.	8 1/2
	B. T	7
		Centímetros.
Tronco	Longitud total	12
	Diámetro biacromial	7
	Diámetro biilíaco	5
	Circunferencia del tórax	24
	Circunferencia del abdomen (línea umbi'ical)	27

Miembros superiores é inferiores.......	Longitud total de las extremidades superiores, desde el hombro á la punta del dedo medio..........	6
	Longitud total de los miembros inferiores, desde la cadera á la planta del pie.................	5

Del examen externo resulta que tenemos por delante un feto macrocefálico, de osificación craneal avanzada, sin grandes fontanelas ni suturas abiertas, no pudiéndose atribuir el gran volumen del cráneo, con relación á la edad, á la hidrocefalia. El cuello es corto. El tronco, bien desarrollado, demasiado grueso para su longitud, es casi cilíndrico y corresponde al de un feto de siete meses cumplidos. Los miembros, tanto superiores como inferiores, están atrofiados longitudinalmente en una proporción increíble; la rizomelia es tan acentuada que se diría no existen brazos ni muslos, estando aparentemente limitados los superiores á los antebrazos y manos, y los inferiores á las piernas y pies. Viene á la memoria el recuerdo de los focomélidos.

El espesor de las extremidades es normal, así como las dimensiones de los pies. No pasa lo mismo con las manós, que parecen reducidas á un disco con dedos muy cortos de una sola falange, de extremidades abultadas, provistas de uñas bien desarrolladas y separadas unas de otras con una regularidad comparable á los dientes de una rueda dentada. Todos los dedos son iguales en longitud y espesor desde el pulgar al meñique.

Los órganos genitales externos han alcanzado gran desenvolvimiento; el pene mide tres centímetros de largo por uno de diámetro, pero los testículos no han descendido al escroto.

La piel y el aspecto externo de los órganos de los sentidos son los de un feto perfectamente normal.

Pelo abundante y de color castaño.

EXAMEN RADIOGRÁFICO

La radiografía núm. III, debida á la amabilidad y competencia del profesor Costa, enseña el diferente grado de desarrollo alcanzado por el sistema óseo en distintas regiones del cuerpo.

La sombra acentuadamente obscura de los huesos del cráneo indica el grado de osificación alcanzado por ellos.

Las clavículas, omoplatos y costillas perfectamente osificadas en relación armónica á la edad del feto. La configuración del tórax es normal; el aplanamiento que se nota en las primeras costillas del lado derecho débese á un fenómeno cadavérico, pues el feto había sido colocado en un frasco pequeño y la cabeza flexionada deprimía esa parte del cuerpo.

No hay rosario raquítico.

La osificación de la columna vertebral está retardada, así como la de los huesos de la pelvis, pues solo son visibles los puntos de osificación correspondientes á los ilíacos, faltando los de los isquiones y pubis, bien distintos en las radiografías de los otros fetos acondroplásicos.

La deformidad del esqueleto de las extremidades es verdaderamente extraordinaria en este feto: difícilmente se presentaaá un caso de rizomelia más típico que el presente, pues los húmeros son tan cortos que casi tienen igual largo que ancho, cinco milímetros de longitud por cuatro milímetros de diámetro.

Los huesos del antebrazo son algo más largos, midiendo los cúbitos ocho milímetros de longitud por dos milímetros de ancho en la diáfisis. Llama la atención en estos huesos el gran volumen de las epífisis. Los radios son sumamente pequeños.

Con los huesos de las extremidades inferiores pasa lo contrario: los fémures son más largos que las tibias. Aquéllos tienen nueve milímetros de largo por tres milímetros de ancho en la diáfisis y presentan las epífisis bastante abultadas, mientras que las tibias sólo llegan á siete milímetros de longitud.

La radiografía núm. IV corresponde á un feto normal de siete meses cumplidos y su esqueleto nos sirve para hacer resaltar la macrocrania, la micromelia y demás particularidades del feto acondroplásico que venimos estudiando.

Al estudiar la morfología externa de éste prototipo de enano dijimos que él traía á la memoria el recuerdo de los monstruos *focomélidos*, de la clasificación de Geoffroy Saint-Hilaire, y efectivamente, la atrofia de los cuatro miembros es tan grande, particularmente la de los inferiores, que parecen reducidos á pies y manos solamente.

Es sabido que los *focomélidos* se caracterizan por la ausencia de brazos y antebrazos, de muslos y piernas, quedando convertidos las manos y los pies, de dimensiones normales, en especie de aletas que se insertan directamente al tronco, como en las focas.

Nuestro enano no encuadra, sin embargo, en este ni en ningún otro género de la clasificación de monstruos ya citada, porque, como ha evidenciado la radiografía, existen en él, si bien muy reducidos de

longitud, los huesos de los brazos, antebrazos, muslos y piernas, lo que no sucede entre los *focomélidos*.

Trátase, según nuestro criterio, de un caso típico de acondroplasia; más aún, del feto más genuinamente acondroplásico cuya historia se haya publicado hasta hoy.

TERCER CASO

HISTORIA CLÍNICA

Baldomera C, de B., argentina, de treinta y ocho años de edad; ingresó á la Maternidad del Hospital San Roque el 14 de Enero de 1903, en el octavo mes de su décimo tercero embarazo.

Antecedentes hereditarios, inmejorables; viven los padres y son sanos; no han habido enanos ni en las ramas colaterales de su familia.

Antecedentes fisiológicos, son igualmente buenos; las reglas aparecieron á los doce años y duran seis días.

Como antecedente patológico solo tuvo sarampión cuando niña: No existe en ella ni en su marido vestigio alguno de sífilis ni hábitos de alcoholistas.

Gran multípara, ha tenido doce hijos, once á término, partos normales de vértice, y uno de siete meses; seis del sexo femenino y seis del masculino; todos bien conformados y criados por la madre. El padre del feto actual es el mismo de los anteriores.

Esta mujer tuvo su última regla del 25 al 28 de Mayo, de manera que la época probable de su parto era el 7 de Marzo y ha parido el 20 de Enero ó sea mes y medio antes de tiempo.

La única diferencia notada por la paciente entre este embarazo y los anteriores, ha sido el gran volumen del vientre y las molestias á él aparejadas, como alguna dificultad para la marcha, un poco de fatiga, peso en el hipogastrio, etcétera.

Examinando el caso encontramos, efectivamente, un vientre muy voluminoso, de paredes abdominales tensas y cubiertas de grietas viejas y nuevas, y cuyo volumen no guardaba relación alguna con la edad del embarazo.

La palpación nos permitió diagnosticar una preñez simple con hidramnios; presentación de vértice movible y en posición izquierda. Los latidos fetales eran algo alejados pero perceptibles.

En la orina había uno por mil de albúmina.

Se le prescribió dieta láctea y reposo en la cama.

El 19 de Enero, á las 7 p. m., se iniciaron los dolores del parto y

al día siguiente, á las doce y media, el jefe de clínica, doctor Alvarez, intervenía con una aplicación de forceps, reclamada por falta de rotación de la cabeza y larga estadía de la misma en la excavación, que le permitió extraer un feto vivo cuya gran cabeza mal se armonizaba con la pequeñez ridícula de sus extremidades.

La cantidad de líquido amniótico fué de seis litros. Alumbramiento normal; placenta discoidal, de cuatrocientos gramos de peso é insertada en el segmento inferior del útero. Cordón umbilical muy voluminoso y de treinta centímetros de largo.

EXAMEN EXTERNO DEL FETO

Trátase de una niña, nacida viva antes de término, según los antecedentes maternos y el examen del feto y que, colocada en la incubadora, solo se consiguió hacerla vivir doce horas. Más que á ella es á su cadáver que hemos tenido ocasion de estudiar,

El diagnóstico de la deformidad que ofrecía este feto nos fué de todo punto fácil con el recuerdo de los dos casos precedentes. En efecto; basta dar una mirada al fotograbado núm. 2, casi mitad de su tamaño natural, para ver que parece hermano gemelo del feto que representa el fotograbado núm. 1. Trátase, pues, de un nuevo é indiscutible caso de acondroplasia que nos llega en hora muy oportuna para aumentar el interés y dar mayor fuerza á las conclusiones de la presente comunicación.

Teniendo en cuenta la fecha de las últimas reglas y sobre todo el peso y tamaño del feto, calculamos su edad en siete meses y medio aproximadamente.

Las dimensiones son las siguientes:

		Gramos
Peso total		2.000
		Centímetros
Longitud total		35
Diámetros de la cabeza	O. M.	12
	O. F.	9 1/2
	S. O. B.	8 1/2
	S. O. F.	9
	B. P.	10 1/2
	B. T.	7 1/2
	S. M. B.	9

		Centímetros
Circunferencia de la cabeza		35
Tronco	Longitud del tronco, de la séptima cervical al coxis	18
	Diámetro biacromial	10
	— biilíaco	6
	— bitrocantéreo	8
	Circunferencia de la base del tórax	27
Miembros superiores	Longitud total, desde el hombro á la punta del dedo medio	9.2
	Longitud del brazo	2.2
	— del antebrazo	3
	— de la mano	4
	— del dedo medio	1.9
	— de todos los otros dedos.	1.8
Circunferencia del brazo		9.5
Miembros inferiores	Longitud total, desde la articulación coxofemoral á la planta del pie	8
	Longitud del muslo	2.7
	— de la pierna	3.3
	— del pie	5.5
	Altura del pie	2
	Todos los dedos del pie miden	1.2
	Circunferencia del muslo	16

Del análisis y comparación de tales medidas llegamos á la concl

sión de que el feto que nos ocupa es, con relación á la cabeza, un macrocefálico pues ella no guarda relación alguna con la edad del mismo. A un feto de siete y medio meses corresponde un biparietal de siete y medio centímetros y no de ocho y medio como mide nuestro sujeto, y en conjunto un cráneo más chico y proporcionado al tamaño de la cara y del cuerpo.

La desproporción entre la cara y el cráneo es evidente en este caso, á tal punto que parece haberse juntado el cráneo de un feto de término ó próximo á él, con la cara de uno de siete meses: por esta desproporción pensamos que sería más apropiado decir que en los sujetos acondroplásicos existe *macrocrania* y no *macrocefalia,* pues en esta última denominación se engloba cráneo y cara, es decir, la cabeza en totalidad, cuando el aumento de volumen se limita á los huesos del cráneo solamante.

Dentro del cuadro fisonómico destácase el órgano nasal con caracteres propios, como ser el hundimiento de los huesos de la raíz de la nariz, y la gran abertura de sus ventanas.

El tronco se ha desarrollado normalmente, como lo demuestran las medidas anteriores. Notamos solamente que estos fetos son algo barrigones comparativamente á los no acondroplásicos.

La longitud de los miembros superiores hállase reducida á menos de la mitad de la que les correspondía tener á su edad. La falta de crecimiento longitudinal de los antebrazos es evidente; pero aún resulta mayor la de los brazos que, difícilmente, llegan á veintidós milímetros; tenemos, pues, no tan solo micromelia sino también rizomelia. La piel y el panículo adiposo, bien desarrollado, dan origen á una serie de pliegues como aquellos que se forman en el cuello de las personas obesas.

Caracterízase la mano por tener todos los dedos de igual largo; el pulgar, meñique, indice y anular miden dieciocho milímetros y el medio diecinueve milímetros, esa es toda la diferencia que existe entre ellos; en cuanto al resto de la mano es bien conformada.

Con los miembros inferiores acontece igual caso: los muslos son más cortos que las piernas y unos y otros se encuentran muy distantes de haber alcanzado el crecimiento normal; no puede decirse lo mismo con relación á sus espesores ó circunferencias que corresponden á los de miembros bien desarrollados. Los muslos y piernas for man, en conjunto, una curva de concavidad interior; son las extremidades de un feto chueco. La piel forma en ellos tantos ó más pliegues que en los miembros superiores.

Los pies han llegado á su justo desenvolvimiento, notándose sola-

mente que la igualdad de los dedos (doce milímetros de largo), es aún mayor que entre los de las manos.

Observando la piel de todo el cuerpo se ve que, tanto ella como sus producciones dérmicas, son de todo punto fisiológicas.

En resumen: el feto que estudiamos, morfológicamente considerado, es un enano, no por la pequeñez de su cabeza y tronco, sino por la brevedad de sus miembros.

EXAMEN RADIOGRÁFICO

La radiografía N.º V ha sido practicada por el profesor doctor Costa, en el laboratorio de la Facultad de Medicina, y permite, dada su nitidez, estudiar el grado á que ha llegado el desarrollo del sistema óseo en el feto que nos ocupa.

Lo primero que choca á la vista es la desproporción entre el cráneo y la cara; los huesos que constituyen el primero, han extralimitado su desarrollo, particularmente los de la boveda craneal, dándole las dimensiones y formas de un hidrocéfalo, mientras que los de la cara, limitados al crecimiento normal, parecen atrofiados por el contraste con los anteriores.

La fusión de los dos frontales es completa, así como la osificación general del cráneo, según lo deja ver la radiografía. El bregma y la fontanela posterior, son idénticas á la de todo feto normal.

El cuello es corto, pero las vértebras cervicales nada presentan de particular, siendo su osificación tan avanzada como la de todo el resto de la columna vertebral. Lo único digno de especial mención en esta última, es el grado de osificación alcanzado por el sacro y coxis y cuya radiografía permite apreciar el punto correspondiente al promontorio, y hasta contar las vértebras fusionadas que constituyen aquellos dos últimos huesos.

Las costillas son normales, y el cono de ampliación gradual que ellas forman del vértice á la base del torax, es de todo punto regular y cual corresponde al mejor constituído de los fetos, Solo la última falsa costilla no se aprecia bien en la fotorradiografía.

Las manchas blanquecinas del abdomen son debidas á la presencia de gases en el intestino.

Las clavículas y omoplatos, como que son huesos de origen no cartilaginoso, han alcanzado completo crecimiento en todos sus diámetros; nada dejan que desear como forma, longitud y grueso.

Sin duda alguna, la radiografía de las extremidades superiores é inferiores es lo más interesante de todo, por cuanto nos deja ver la causa de la micromelia.

Los húmeros son el asiento de una gran deformación en el sentido longitudinal, donde solo miden dos centímetros, pero no así en el espesor de las diáfisis que son normales, cinco milímetros. Por otra parte, las epífisis de estos huesos encuéntranse visiblemente aumentadas de volumen. La suspensión de desarrollo en estos, como en todos los huesos largos de origen cartilaginoso, ha tenido lugar solamente en el sentido longitudinal, de allí el enanismo, más no en el transverso porque el periostio ha funcionado regularmente y es él quien hace crecer los huesos en espesor.

Los cúbitos y radios, también muy cortos pero fuertes; los primeros tienen la misma brevedad de los húmeros (dos centímetros) siendo algo más delgados (tres milímetros en las diáfisis) y los radios son á su vez de menor longitud que los cúbitos, midiendo diecisiete milímetros de largo por dos ó tres milímetros de espesor. Nótase, igualmente, el abultamiento de las epífisis.

Los metacarpianos no han escapado al acortamiento de los huesos de los miembros y son casi todos iguales, con diferencias difíciles de apreciar (cuatro milímetros de largo por tres de ancho.) Excepción hecha para la primer falange del dedo medio, todas las otras tienen el mismo largo, sucediendo lo propio con las segundas y terceras falanges entre sí. La morfología interna se armoniza bien con la externa de la mano, cuyos dedos son todos iguales según ya se dijo más arriba.

Con relación á la pelvis, la radiografía muestra con claridad los puntos de osificación correspondiente á los ilíacos, isquion y pubis, muy distantes aún, como es la regla, de fusionarse para constituir los coxales.

El aspecto, tamaño y forma de los fémures hace recordar en el acto á los de la radiografía núm. I; son muy cortos (veintiún milímetros de largo) y bastante gruesos (seis milímetros en la región más delgada de la diáfisis) con un abultamiento esponjoso correspondiente al sitio de la cabeza del fémur.

Lo que más se destaca en estos huesos, después de su falta de crecimiento longitudinal, es el encurvamiento general de concavidad interior que han sufrido.

Las tibias y peronés, sumamente acortadas, se superponen en la radiografía, pero eso no impide apreciar que su longitud es aproximadamente igual á la de los fémures (veintiún milímetros).

Algunos de los huesecillos del tarso han sido puestos de relieve por la radiografía. Los metatarsianos se han desarrollado longitudinalmente mucho más que los metacarpianos y si no se ven todos

ellos como en la radiografía núm. I es porque la posición del pie ha hecho que la sombra del uno se superponga á la del otro.

Las falanges de los dedos de los pies son iguales entre sí como las de las manos.

Sintetizando tenemos: que los rayos X nos descubren un esqueleto con gran cráneo (macrocrania), de tórax perfectamente normal y de miembros muy cortos (micromelia) debido á la falta de crecimiento de los huesos largos en el sentido longitudinal.

CONSIDERACIONES QUE ESTOS CASOS SUGIEREN Y DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE LA ACONDROPLASIA CON EL RAQUITISMO Y EL ENANISMO VERDADERO

El examen macroscópico y radiográfico que acabamos de practicar en cada uno de los tres sujetos estudiados, nos lleva á la conclusión de que pertenecen al grupo de enanos acondroplásicos, encuadrando perfectamente toda su sintomatología dentro del cuadro magistralmente trazado por Pierre Marie para los sujetos de esta naturaleza.

Son, en efecto, tres fetos macrocéfalos, siendo más pronunciada la deformación craneal en el primero y tercero de los casos. Es de advertir que en el aumento constante de volumen de la cabeza en los sujetos acondroplásicos no toma parte la cara, pues esta conserva sus dimensiones normales, mientras que el cráneo adquiere gran desarrollo. Por esto pensamos si sería más propio decir que la cabeza de los sujetos acondroplásicos se careteriza por la *macrocrania*.

El aumento de volumen craneal tiene lugar, particularmente, á expensas de los huesos parietales, de los frontales y de la porción esca mosa de los temporales y del occipital, es decir, de los huesos de origen membranoso tan solo, pues aquellos que proceden de cartílagos, como son los de la base del cráneo, sufren una detención de crecimiento análoga á la que se observa en los huesos largos de las extremidades, si bien en menor proporción.

El mayor volumen del cráneo no puede confundirse con la hidrocefalia, porque las dimensiones de las fontanelas y suturas son normales, la osificación avanzada, y por no salir de lo común la cantidad de líquido cefaloraquídeo contenido en él.

La cara de los tres fetos es bien desarrollada, caracterizándolas el aplastamiento pronunciadísimo de la raiz de la nariz y la anchura de sus ventanas, cual si pertenecieran á niños de la raza negra.

El pelo del cuero cabelludo es abundante y fuerte y las uñas y el vello bien desarrollados. como en el más normal de los recién nacidos.

Pero lo que con razón más nos llama la atención es la pronunciada micromelia de estos sujetos. ¿Semejante diformidad podrá imputarse á la herencia ó la diatesis sifilítica? Son casos estos que aparecen en contra de la teoría hereditaria, á que hoy se inclinan la generalidad de los escritores, pues los padres de todos ellos son personas de buena talla y no ha habido entre sus antepasados enanos de ninguna clase. Tampoco se ha podido descubrir vestigio alguno de sífilis, de manera que la etiología quedará para estos nuevos casos, como en los ya conocidos, igualmente envuelta en el denso velo del misterio.

Nuestros casos vienen á demostrar que la acondroplasia es una enfermedad que aparece en los primeros meses de vida intrauterina; el sujeto acondroplásico nace tal, no se hace al crecer, después del nacimiento. Las radiografías anteriores lo confirman; pero, sobre todo, la del segundo feto, que, no obstante tener tan solo siete meses de vida, ya nos presenta una extraordinaria deformación de los huesos largos, evidenciando así que la detención del crecimiento longitudinal de los huesos de las extremidades arranca desde el tercer mes de existencia, época en la cual se inicia el proceso de osificación de los cartílagos.

En efecto; los húmeros, cúbitos y radios, los fémures, tibias y peronés, al osificarse, han ganado muy poco en extensión longitudinal sobre la que tenían durante el estado cartilaginoso, hasta el séptimo mes, en que fué expulsado el feto, Se diría que el cuarto, quinto, sexto y séptimo mes aquellos huesos no han crecido un milímetro de largo. No puede decirse igual cosa con relación á su diámetro, que es casi normal y el correspondiente á huesos de siete meses. Todos aquellos huesos poseen la característica de los acondroplásicos, son muy cortos y gruesos. El espesor normal de ellos se explica recordando que la osificación perióstica no se detiene en la acondroplasia y sí solamente la que debería efectuarse á expensas de los cartílagos epifisiarios.

El examen macroscópico nos ha revelado bíen las lesiones morfológicas de nuestros sujetos. Veamos ahora que pasa bajo el punto de vista histológico, en el esqueleto, según los trabajos de Spillmann, Durante y Broca.

Puede decirse que la osificación obedece á un doble sistema: la osificación perióstica, que hace crecer las diáfisis en espesor, y la osificación condral de los cartílagos de conjunción, que les hace crecer en longitud. Es esta última función la perturbada en los sujetos acondroplásicos. Examinando los cartílagos de conjunción, dice Spillmann, lo que llama la atención es la extraordinaria reducción

de dichos cartílagos y la ausencia de la zona de osificación cartilaginosa, que impide el crecimiento longitudinal del hueso.

Según Broca, las células cartilaginosas, que en los casos normales se disponen por series regulares y rectilíneas, en los acondroplásicos adoptan una disposición completamente irregular, sin orden ni concierto, formando núcleos irregulares, en vez de zonas seriadas; estas observaciones histológicas se armonizan con las de Müller, quien hacía notar que los condroplastos se disponían irregularmente en los acondroplásicos, lo que quitaba al cartílago fetal sus propiedades osteogénicas.

¿Cuál es la patogenia de la acondroplasia? ¿Se trata de una condrodistrofia degenerativa, como lo quiere Bück? ¿Residirá, tal vez, en una perturbación del funcionamiento do la glándula tiroides, como lo supone Pierre Marie? ¿Podrá explicarse la acondroplasia por una especie de heredointoxicación fetal, como se inclinan á pensar Porak y Durante? Estas y otras explicaciones, más ó menos verosímiles, propuestas hasta hoy, han servido solamente para evidenciar que la verdadera patogenia de la acondroplasia permanece aún oculta al espíritu de investigación.

Sin pretender añadir una hipótesis más á las ya existentes, pero, teniendo en cuenta que en dos de los casos que presentamos no existe antecedente hereditario alguno relacionado con la sífilis, el alcoholismo, el raqu tismo ó enanismo acondroplásico y sí tratarse de grandes multíparas, tal vez de su última preñez, ocurre preguntar si no se trataría ácaso de simples manifestaciones degenerativas propias de organismos ya agotados por abundante fructificación.

El diagnóstico diferencial debemos establecerlo con el raquitismo, con quien fué confundido durante largos años, y con el enanismo verdadero.

La acondroplasia es una enfermedad de los primeros meses de vida fetal y, por lo tanto, congénita, mientras que el raquitismo es, en la inmensa mayoría de los casos, una enfermedad adquirida en los primeros meses de vida extrauterina. El acondroplásico nace y queda siempre tal; el raquítico se hace y puede curarse. El primero es siempre congénito y no ha faltado quien sostenga que el segundo sólo puede ser adquirido después del nacimiento.

En los acondroplásicos las deformaciones óseas son simétricas y tienen por asiento constante los huesos largos de los miembros (micromelia y rizomelia); en los ràquíticos las deformaciones suelen ser asimétricas y tienen por asiento todo el esqueleto. El tórax y la columna vertebral, es decir, el tronco de los primeros, es perfectamen-

te normal, al paso que entre los segundos se observan el rosario raquítico, la ampliación brusca de la base del tórax y desviaciones de la espina dorsal. La macrocrania acompaña á los primeros y la hidrocefalia á los segundos.

Los huesos acondroplásicos conservan su espesor normal y son duros, fuertes y lisos, sin ofrecer jamás fracturas, mientras que los raquíticos se caracterizan por su reblandecimiento, irregularidades y asperezas y por la fragilidad que hace posible hasta las fracturas de los huesos craneales en el momento del parto. Mientras que los huesos largos de los acondroplásicos se hacen notables por su acortamiento, los de los raquíticos se distinguen por sus curvaturas antes que por su brevedad.

La micromelia y rizomelia de las extremidades superiores son constantes en la acondroplasia, no sucediendo igual cosa entre los raquíticos que antes tienen esas extremidades largas con relación al resto del cuerpo. El acortamiento de las extremidades inferiores entre los raquíticos es debido principalmente al encorvamiento de lós huesos.

La acondroplasia tampoco podrá confundirse con el verdadero enanismo, porque los caracteres morfológicos son muy salientes y permiten establecer con facilidad las diferencias de estas dos clases de enanismo.

Bajo la designación de enano se designa á toda persona de pequeña talla, sea cual fuera su causa; pero nosotros debemos distinguir al enano raquítico del acondroplásico, y á éstos del enano verdadero. Los caracteres diferenciales de los dos primeros quedan ya establecidos, distinguiéndose del último en que la pequeñez de la talla débese en este caso á una reducción proporcional y armónica de todas las partes constitutivas del cuerpo.

El verdadero enano es aquel que, á una cabeza pequeña, acompaña un tronco y extremidades igualmente pequeñas y proporcionadas; es decir, un sujeto en el cual la perfecta armonía de formas autorice á decir que se trata de un elegante pigmeo.

El sujeto acondroplásico es indudablemente un enano, pero enano de piernas y brazos tan solo, pues su tronco y cabeza corresponden al de una persona de mucha mayor talla; su morfología es antiestética.

Si los fetos que presentamos hubieran vivido, constituirían tres ejemplares típicos de enanismo acondroplásico.

CONCLUSIONES

I

El estudio de los tres fetos acondroplásicos, sobre que versa el presente trabajo, es el primero que se publica en la República Argentina y no sabemos que se haya dado á la publicidad ningún otro en Sud-América.

II

La acondroplasia existe en la República Argentina, y no es tan raro encontrarla, según lo prueban nuestras observaciones.

III

El nacimiento de los fetos acondroplásicos es difícil y reclama con frecuencia la intervención del arte. por el mayor volumen de la cabeza.

IV

La radiografía es un excelente medio de examen por cuanto evidencia la macrocrania y la falta de crecimiento longitudinal de los huesos de los miembros superiores é inferiores; es decir, de aquellos que proceden de cartilagos, demostrando á la vez lo normal del crecimiento de los huesos de la cara, hombros y tórax, ó sea de aquellos que tienen origen membranoso.

V

La acondroplasia es una enfermedad fetal de los primeros meses (3.º?), de vida intrauterina, que impide el crecimiento longitudinal de los huesos de las extremidades pero no el transversal, que lo efectúa el periostio.

VI

En nuestro caso no puede atribuirse la causa de la acondroplasia á la sífilis ni á la herencia; hacemos notar solamente que dos de las madres multíparas (once y doce hijos), de bastante edad y que todos los hijos anteriores han sido perfectamente conformados. ¿Serán, acaso, los últimos y degenerados frutos de organismos que ya no dan más?

VII

Estudiando nuestros fetos bajo el punto de vista morfológico, se ve que la macrocrania es constante en las diferentes edades, así como

la micromelia de las extremidades superiores á inferiores. La rizomelia es evidente y constante tan solo en los miembro superiores.

VIII

Puede confundirse la acondroplasia con el raquitismo y con el enanismo verdadero; pero una observación atenta, unida al examen radiográfico, permitirán siempre establecer el diagnóstico diferencial.

N. B. Les clichés de cette communication ne sont pas parvenus en temps opportun pour l'insertion.

LA RÁDIOGRAFIA Y RÁDIOMETRIA APLICADAS A LA OBSTETRICIA

por el Dr. ELISEO CANTON (Buenos Aires).

AL SEÑOR PRESIDENTE DÉL COMITE EJECUTIVO DEL XIV CONGRESO INTERNACIONAL DE MEDICINA DOCTOR DON JULIÁN CALLEJA Y SÁNCHEZ:

Deseoso de tomar parte en el gran certamen científico, que tendrá lugar en la madre patria del 23 al 30 de Abril de 1903, hemos elegido un tema que, siendo aun muy nuevo en Europa, es casi completamente desconocido en América.

La radiografía, aplicada á la obstetricia, es una cuestión de palpitante actualidad científica en toda Europa; cuestión que se debate en todos los Congresos médicos y á favor de la cual deseamos llevar el modesto concurso de nuestra observación personal.

Los diferentes métodos del pelvimetría externa é interna de que hoy disponemos para darnos cuenta de la naturaleza y grado de los vicios de conformación de la pelvis, no satisfacen por completo al espíritu, pues dejan siempre una incógnita por resolver cual es la de los diámetros transverso y oblícuos del estrecho superior é inferior y la de la configuración general del órgano.

La pelvirradiometría está llamada á subsanar esas deficiencias precisando y robusteciendo el diagnóstico clínico por medio de proyecciones de sombras que, interpretadas y medidas debidamente, suministran datos preciosos; pero á los cuales no hay que pedirles por el momento más de lo que pueden dar, á fin de que sus aplicaciones sean realmente exactas y útiles á la clínica.

Hemos dispuesto, para la preparación de este trabajo, del valioso material clínico de la Maternidad que dirigimos en el Hospital «San

Roque», y para les radiografías, del inteligente concurso del doctor Alberto Plottier, quien puso su instalación y preparación especial en la materia á nuestra entera disposición.

No es tan raro, como algunos suponen, la observación, entre nosotros, de estrecheces pelvianas en mujeres encintas y podemos asegurar que cuando á los signos de viciación de la pelvis, obtenidos por medio de la pelvimetría interna y externa, se añaden los corroborativos de una buena radiografía, el operador al intervenir, lo hace con mayor tranquilidad de espíritu y sin una sola vacilación.

Al emprender este trabajo hemos procurado, antes que realizar una simple especulación científica; descubrir su faz práctica, su lado útil y aplicable á la obstetricia de una manera senciila. Creemos haber realizado este propósito, razón por la cual lo hacemos público.

Como elemento fehaciente de lo antedicho pnblicamos, entre otros, tres historias clínicas de preñeces á término, con sus respectivas radiografías que confirmaron los diagnósticos de viciaciones pelvianas suficientemente pronunciadas para habernos obligado á practicar la operación cesárea, operación que en todos los casos fué seguida del exito más completo, tanto para la madre cuanto para el hijo.

NOTICIA HISTÓRICA

SOBRE

LA RADIOGRAFIA EN SUDAMÉRICA

La aplicación de los rayos X como elemento de diagnóstico ha tomodo cierto vuelo en los dos últimos años. En el Brasil, Chile, y especialmente en la República Argentina, se han hecho algunas publicaciones en revistas científicas, y tesis para el doctorado, de trabajos importantes que revelan el valor indiscutible de la radiografía en el diagnóstico de las fracturas y luxaciones acompañadas de una gran infiltración de los tejidos, de cálculos vesicales, de cuerpos extraños en el aparato digestivo, de proyectiles, de ciertos tumores, etc., etc.

En Buenos Aires existen hoy instalaciones apropiadas á la radiodiagnosis, no sólo en la Escuela de Medicina sino en varios hospitales y consultorios particulares de especialistas, donde se hacen radiografías verdaderamente admirables por su nitidez, tanto de las extremidades superiores é inferiores como de todo el torax, pudiéndose apreciar hasta las zonas tuberculizadas de los pulmones y la sombra proyectada por ciertos aneurismas.

Todos los esfuerzos se han encaminado á servir á la clínica quirúrgica y médica, como se ve, dejando completamente en olvido, ó de lado por las dificultades que ofrece, la clínica obstétrica á la cual, sin embargo, está llamada á prestar la radiografía un valioso concurso en todos los casos de viciaciones pelvianas.

Sobre pelvirradiografía no conocemos ningún trabajo grande ni chico publicado en América, razón por la cual pensamos que el nuestro será el primero en su género que aparece y de todo punto de vista original por el método seguido y las conclusiones á que hemos llegado.

Como se verá, no nos hemos limitado á obtener buenas radiografías pelvianas de mujeres en cinta, venciendo las dificultades de la técnica, sino que hemos estudiado la cuestión más difícil aún de la pelvirradiometría, procurando obtener las dimensiones exactas de los diámetros transversales del estrecho superior é inferior en las mujeres embarazadas, midiendo las fotografías obtenidas de sus pelvis mediante la aplicación de los rayos de Röntgen.

Si sobre *radiografía pelviana* no se ha publicado aún nada en América, mucho más difícil es, pues, que se hayan efectuado trabajos sobre *radiometría pelviana* por lo complejo de los problemas que esta envuelve. Creemos que ni en Norte-América se han realizado esta clase de estudios, porque en la obra recientemente aparecida *Sobre los rayos Röntgen aplicados á la Medicina y Cirugía*, por el doctor Francis H. Williams (1902), sólo se hace notar que las fotografías de la pelvis, con los rayos X, son muy difíciles de obtener por el gran espesor de las partes blancas que recubren los huesos, y se ensaya radiografiar separadamente cada mitad de una misma pelvis con el propósito de evitar la ampliación del diámetro transverso del estrecho superior.

PELVIRRADIOGRAFÍA

SUS DIFICULTADES EN LA MUJER EMBARAZADA

Y MANERA DE SALVARLAS

UTILIDAD DE LA RADIODIAGNOSIS

El mayor espesor de las partes blandas que rodean los huesos de la pelvis constituye ya, por sí sola, una causa de dificultad para la nitidez de la proyección, obligando á mantener una mayor exposición; y si á esto se añade la interposición, por delante del promontorio, del útero con la cabeza ó nalga del feto que contiene, se comprenderá lo

difícil que es obtener buenas radiografías del estrecho superior en los casos de preñez avanzada, que son justamente los que nos interesan.

Como la exposición debe ser algo prolongada, ocho ó diez minutos, y el feto se mueve con frecuencia, las placas salen veladas en la región sacra, viéndose bien tan solo el pubis, isquion y agujeros ovales.

Este inconveniente es fácil de obviar con una pequeña maniobra: en las pelvis viciadas, que son precisamente aquellas cuya radiografía más nos interesa conocer, la presentación, sea cabeza ó nalga, no se encaja nunca; nada, pues, más fácil que levantarla y mantenerla suspendida por encima del promontorio durante todo el tiempo que dure la exposición á los rayos catódicos, con el fin de dejar el estrecho superior lo más libre posible. Al efecto nos servimos de una venda algo ancha que colocamos al través del abdomen y con la cual levantamos suavemente la presentación. Las mujeres toleran bien la ligera presión á que se las somete con tal maniobra; todas nuestras radiografías se han ejecutado en estas condiciones sin que nada tengamos que lamentar.

Procediendo así, se obtiene de la radiografía cuanto ella pueda dar, en la mujer embarazada, como nitidez de las proyecciones, pudiéndose hasta apreciar en algunas el sitio que corresponde al promontorio, si bien es verdad que su sombra no es nunca, desgraciadamente, nítida. (Véase la radiografía núm. 1.)

Por curiosidad científica y á título de comparación, hemos radiografiado pelvis normales con la cabeza fetal bien encajada; en estos casos (Radiografía núm. 2) el feto no puede velar la placa sensible porque la cabeza no puede moverse y es por eso que hemos obtenido, y se obtendrá siempre en igualdad de condiciones, excelentes radiografías en las que puede apreciarse la configuración del estrecho superior de la pelvis y la cabeza fetal, distinguiéndose bien el límite inferior de la bóveda craneal, el occipital y la frente y por lo tanto la posición del feto; pero en cambio de todo esto, la región del promontorio y del sacro desaparece, hecho que carece de importancia porque ya se ve que la cabeza está encajada y que el parto se efectuará sin dificultad alguna.

La posición en que deberá colocarse á la mujer es de capital importancia para obtener una radiografía verdad.

Nosotros adoptamos invariablemente la posición supinodorsal por ser la única practicable durante la segunda mitad del embarazo, que es cuando se presenta la oportunidad de reconocer los vicios de conformación de la pelvis. Fuera de toda duda que en la posición de espalda el estrecho superior queda más lejos de la placa sensible que

cuando la mujer se coloca sobre el vientre; pero bien se comprende que ninguna preñada, en los últimos meses, resistiría en tal actitud y sin moverse durante varios minutos, y que dado el volumen del vientre, aquel se alejaría antes que aproximarse á la placa fotográfica.

No solo se colocará á la paciente en un plano perfectamente horizontal, sino que se tendrá cuidado de que una cadera no quede más levantada que la otra; propósito que se consigue midiendo la distancia que separa á cada espina ilíaca anterior y superior de la placa sensible. Se recomendará, igualmente, á la mujer descansar en la actitud más natural posible, relajando todos los músculos á fin de que no se modifique la dirección normal del plano del estrecho superior con relación á la horizontal.

Aumentando ó disminuyendo la curva lumbar se modifica la inclinación de aquel plano y por lo tanto la sombra proyectada por el estrecho superior.

Estos requisitos son de capital importancia pues fácilmente se comprende que si la mujer, al colocarse sobre la placa fotográfica, se inclina hacia un lado, la radiografía que se obtenga será de todo punto engañosa porque representará una pelvis viciada en su diámetro transversal, una especie de oblicua-ovalar que no existe pero que se explica por la inclinación lateral del plano del estrecho superior.

Se obtendrá, igualmente, una falsa viciación de la pelvis cada vez que, por una mala actitud de la mujer, se modifique la inclinación de cincuenta y cinco á sesenta grados que tiene normalmente el plano del estrecho superior con relación al horizonte. Así, por ejemplo, si elevando los miembros inferiores aumentamos la inclinación de aquel plano llevándola á setenta grados, las sombras proyectadas por los rayos catódicos que caen perpendicularmente al centro de la línea que une ambas espinas ilíacas anteriores y superiores, revelarán una pelvis aplastada en su diámetro anteroposterior; es decir, que de una pelvis normal se habrá obtenido una radiografía anormal y engañosa, en cuanto al diámetro promonto-pubiano, por una falta en la colocación y actitud de la mujer.

Salvadas las dificultades apuntadas se obtendrán radiografías tanto más perfectas cuanto más delgadas sean las mujeres; radiografías que darán una idea bastante exacta de la conformación general de la pelvis y del estado de sus articulaciones.

¿Qué nos revela la radiografía, bien hecha, de la pelvis?

Tengamos presente, como con razón lo hacen notar Fabre y Bouchacourt, que, en las radiografías obtenidas colocando á la mujer en la posición de supino dorsal, que es la que nosotros adoptamos inva-

riablemente, es la parte posterior de la pelvis la que impresiona la placa sensible, de tal manera que cada vez que se mire la fotografía de una pelvis radiografiada en esta posición, se hará de cuenta que se mira el esqueleto de una mujer por la espalda; será la fotografía de la cara posterior del sacro, del coxis, de los ilíacos, de los isquions y pubis y de las articulaciones coxofemorales la que se tendrá ocasión de contemplar.

Para conseguir la radiografía de la parte anterior de toda la pelvis, incluso el promontorio, se necesita colocar la paciente acostada sobre el vientre; entonces el estrecho superior, el pubis y el promontorio, más próximos de la placa albuminosa, se deforman menos y salen con mayor nitidez; pero, por desgracia, ya hemos dicho que semejante posición no puede darse á las mujeres con preñez avanzada como son las que ingresan en las maternidades.

Toda radiografía bien hecha dejará ver la cara posterior del sacro y coxis, las articulaciones sacroilíacas, las espinas ilíacas posteriores, toda la superficie posterior de los coxales, isquion y pubis, la sínfisis pubiana, las espinas ciáticas, las cabezas, cuellos, trocánteres y cuerpos de ambos fémures, los agujeros ovales y finalmente todo el círculo del estrecho superior, excepción hecha de la porción correspondiente al promontorio, que es difícil precisar.

En ciertas radiografías de cadáveres se consigue obtener sombras pertenecientes al útero y sus ligamentos. (Véase la radiografía número 5).

Sin duda alguna lo que más interesa, bajo el punto de vista obstétrico, es obtener la configuración del estrecho superior; corresponde decir acá que la línea que lo determina es bien clara v precisa en toda la porción correspondiente á la línea innominada y á las ramas horizontales de los pubis, no sucediendo igual cosa en el resto de la curva; pues la sombra de la cara posterior del sacro oculta el promontorio que sería tan interesante verlo destacarse. Tal es, al menos, la regla; pero hacemos notar que en ciertas radiografías se consigue apercibir, con alguna dificultad, la línea que correspondería al promontorio. Creemos no pasará mucho tiempo sin que, mediante la acción de tubos de Crooke, más poderosos que los actuales, se llegue á obtener aquella línea con toda nitidez. La radiografía núm. 6, de un cadáver al cual se le había extraído los intestinos y el útero, pero conservado las paredes abdominales, y la núm. 1, de una mujer viva, no preñada, muestran con toda claridad la línea ó sombra correspondiente al promontorio, no obstante habérsela practicado en la posición supino dorsal.

La configuración general del estrecho superior es la que indican las radiografías núm. 1, 2 y 3; es decir, la correspondiente á una circunferencia algo irregular. Interrumpen la regularidad de la línea curva del estrecho superior las sombras laterales correspondientes á las dos espinas ciáticas.

Queremos hacer notar una última é interesante particularidad: Hemos dicho que con los rayos Röntgen, aplicados á la pelvis de una mujer en posición horizontal, se obtiene la fotografía de toda la superficie posterior de la pelvis con los estrechos superior é inferior, todo lo cual es exacto; pero debe añadirse que se nota también, y con gran claridad, la línea correspondiente á la articulación sacroilíaca de *la cara anterior de la pelvis* que, como se sabe, avanza hacia las fosas ilíacas internas. Nos explicamos la aparición de esa línea perteneciente á la cara anterior, en una fotografía en que todo cuanto se ve es de la cara opuesta de la pelvis, por lo espeso y rugoso del borde de las aletas del sacro que proyectan una sombra más espesa que todo el resto del hueso ilíaco.

Por otra parte toda radiografía bien practicada, vale decir con la pelvis, debidamente orientada, revelará cualquier clase de asimetría (fotorradiografía núm. 3) ya sea en el estrecho superior ó en el inferior ó en ambos á la vez, como en los casos de pelvis oblicua-ovalar ó raquíticas, la existencia de tumores y deformidades óseas, de luxaciones coxofemorales, de coxalgias, de atrofias y anquilosis pelvianas, de espondilolitesis y espondilicemas, etc., etc.

Las deformidades debidas al raquitismo (fotoradiografía núm. 8) se patentizan con toda fidelidad, así como los aplastamientos anteroposteriores de la pelvis, no imputables á dicha causa, (fotorradiografía núm. 4) como lo comprueba la serie de radiografías con que acompañamos este trabajo.

Resumiendo, tenemos: que la radiografía por sí sola puede prestar á la obstetricia importantes servicios, confirmando unas veces el diagnóstico clínico, rectificándolo otras y hasta descubriendo asimetrías ú otras particularidades que suelen pasar desapercibidas á la inspección por el espesor de las partes blandas que recubren los huesos.

En corroboración de las afirmaciones que anteceden intercalamos algunas fotorradiografías de pelvis viciadas.

La fotorradiografía núm. 3 pertenece á la mujer Peregrina B., de veintidós años, española, con preñez á término, que ingresó en la Maternidad después de haber sufrido en el público tres aplicaciones infructuosas de fórceps en el estrecho superior y que solo dieron por resultado la muerte del feto. Por el tacto reconocimos que había dila-

tación completa y la existencia de una pronunciada viciación de la pelvis.

Pelvimetría externa: B. E., 26 c.; B. I., 27 c.; B. T., 20 c.; S. P., 15 c.

Con el pelvígrafo de Farabeuf encontramos el P. P. M. de siete centímetros.

Practicada la radiografía, ella nos demostró la existencia de una pelvis aplastada en el diámetro anteroposterior y con una marcada asimetría del lado izquierdo; en efecto, se ve que la línea innominada, de ese lado y á la altura del diámetro transverso, forma un ángulo agudo en vez de la curva cerrada pero regular del lado derecho.

El agujero oval y el isquion del lado izquierdo aparecen en la radiografía mayores que sus homónimos porque la cabeza del fémur izquierdo ha deprimido la línea innominada hacia el centro de la pelvis y hecho vascular al isquion respectivo hacia fuera; de aquí que el agujero oval y la porción ósea que lo rodea haya tomado una posición más horizontal que el del lado opuesto y que la sombra proyectada con los rayos catódicos haya resultado mayor.

Por otra parte, apercíbese también la desviación hacia la izquierda de las últimas vértebras lumbares, punto de partida de una ligera escoliosis de concavidad derecha. El hueso iliaco derecho es mucho mayor que el izquierdo y hasta el fémur derecho parece más grneso que su homónimo.

Es de advertir que esta mujer tiene la pierna izquierda más corta en dos centímetros que la derecha y que cojea de aquel lado.

La pelvirradiografía núm. 3, revelando todas las particularidades anotadas, nos permite hacer el diagnóstico de pelvis raquítica, aplastada en el sentido anteroposterior y asimétrica.

Comprobada la muerte del feto, se praciicó la basiotripsia y después de un puerperio normal de doce días se dió el alta á la mujer.

Lo que más llama la atención en esta radiografía es la configuración general del estrecho superior; compárese con la de una pelvis normal (radiografía núm. 1 ó 5) y se verá la extraordinaria disminución de la conjugata vera, siete centímetros, mientras que el diámetro transversal conserva su dimensión normal, catorce centímetros, ó más bien tiende á estirarse,

La fotorradiografía núm. 4 pertenece á otra española, de veintiséis años, Arclina C., que ingresó en la Maternidad al séptimo mes de su segundo embarazo. En el primer embarazo, que llegó á término, tuvieron que practicar la embriotomía para extraer el feto, en otro servicio hospitalario.

Esta mujer venía con gran infiltración en las piernas, fatiga y una avanzada insuficiencia mitral.

Pelvimetría externa B. E., 23 c.; B. I., 26 c.; B. T. 30 c.; S. P., 17 1/2 c.
Pelvimetría interna, con el pelvígrafo de Farabeuf, P. P, M., 9 c. 3 mm.

Se aplican los rayos X, en la posición supina-dorsal, y se obtiene la fotografía de una pelvis aplastada, no raquítica y perfectamente simétrica. La configuración del estrecho superior recuerda á la de la radiografía precedente, aunque no tenga la simetría de la línea innominada izquierda que aquella ofrece con tanta acentuación.

La porción correspondiente al sacro es obscura porque el útero en gestación crea un obstáculo á los rayos catódicos, circunstancia que para nosotros carece de importancia porque el diámetro promonto-pubiano mínime lo medimos con facilidad y precisión con el pelvígrafo de Farabeuf mejor que con la radiometría. En cambio, el diáme tro transverso del estrecho superior es muy nítido, puede medirse con toda exactitud, deducir lo que corresponde al coeficiente de ampliación que más adelante haremos conocer, y obtenerse los catorce centímetros que corresponden á su extensión real.

En vista de tratarse de una viciación pélvica de ocho centímetros y tres milímetros, esperamos hasta fin del octavo mes para provocar el parto prematuro, lo que se realizó con toda facilidad, empleando el globo de Champetier de Ribes. Puerperio normal y alta á los doce días. El diámetro biparietal del feto media ocho centímetros.

PELVIRRADIOMETRIA

SUS DIFICULTADES.—LO ÚNICO PRÁCTICO QUE POR HOY SE PUEDE HACER ES ENCONTRAR UN COEFICIENTE DE AMPLIACIÓN PARA LOS DIÁMETROS TRANSVERSOS DE AMBOS ESTRECHOS

El espíritu de investigación, siempre incansable, no se satisfizo con el concurso que la radiografía aportaba al diagnóstico en los casos distócicos, sino que ha querido ir más allá; ha querido pedir á las sombras proyectadas por los rayos catódicos la medida exacta de los diferentes diámetros del estrecho superior; en una palabra, se procura ver la pelvis de la mujer encinta y medir todos sus diámetros como si se tratase de una pelvis seca.

La intención es loable y algún camino se ha hecho en tal sentido; pero aun nos hallamos algo distantes de la verdadera solución de los múltiples problemas relacionados con la radiometría de la pelvis.

Siendo toda radiografía simple proyección de sombras obtenidas

con los rayos Röntgen, es al estudio de las proyecciones que lógicamente debe ocurrirse al iniciar todo trabajo sobre radiopelvimetría.

Los que nos han precedido en la tarea han querido resolver el problema en todas sus fases, pidiendo á la radiografía más de lo que ella puede dar en el momento presente, y esa es tal vez la causa por la cual no se ha llegado aun á encontrar un procedimiento verdaderamente sencillo y práctico para descubrir la extensión de los diámetros del estrecho superior ó inferior en la mujer viva.

Como los rayos X son divergentes, se comprende que las proyecciones de la pelvis y las fotografías obtenidas de ellas serán mucho mayores que la realidad y que esta ampliación será tanto mayor cuanto el tubo de Crookes se encuentre más próximo al objeto que se desea radiografiar.

De aquí surgió la primer dificultad para la pelvirradiometría; las imágenes proyectadas son siempre mayores que el original; pero tal dificultad era fácil de subsanar, ya fuera construyendo tubos más poderosos para alejar en lo posible, de la pelvis, el foco de emisión de los rayos catódicos ó bien buscando un coeficiente de ampliación para las proyecciones practicadas á una distancia de antemano establecida.

Efectivamente, con cualquiera de estos dos temperamentos se habría resuelto ya la dificultad siempre que se tratase de obtener la radiografía de un círculo, ó figura parecida, que se pudiera disponer en sentido horizontal, y, por lo tanto, paralelamente á la placa fotográfica que debe recibir la sombra proyectada.

Más, por desgracia, este requisito indispensable no puede llenarse por lo inclinación que normalmente tiene el plano del estrecho superior de la pelvis con relación á la horizontal.

Colocada la mujer en posición supina-dorsal, el plano del estrecho superior forma con la placa fotográfica, dispuesta horizontalmente debajo de la paciente, un ángulo que varía, según los casos, de cincuenta y cinco á sesenta grados, inclinación que explica satisfactoriamente el porqué de la deformación del anillo del estrecho superior en toda radiografía pélvica. A medida que aquel ángulo aumente, aproximándose á los noventa grados, la proyección del estrecho superior se deformará cada vez más hasta simular un aplastamiento anteroposterior de la pelvis.

La deformación tiene lugar, sobre todo, en los diámetros anteroposterior y oblicuos; el transverso también se deforma por ampliación, pero sin que influya en ello la menor ó menor inclinación de la pelvis, sino la mayor ó menor distancia del tubo de Crookes sobre la placa fotográfica.

¿Cómo corregir estas causas de error? ¿Qué disminución es necesario practicar en las dimensiones de los diámetros del estrecho superior, medidos sobre una radiografía, para obtener las dimensiones exactas de los de la pelvis originaria?

A estas ya serias dificultades hay que añadir otra; 'a de lo poco visible que es el promontorio en las radiografías de las mujeres encintas. Para salvar esta dificultad, varios prácticos han propuesto usar un dedal de sastre ó la extremidad del pelvímetro de Cruzat para aplicarlo sobre el promontorio, durante todo el tiempo que dure la expoición á los rayos X y obtener así en la fotografía un punto de referencia preciso claro; otros aconsejan la vía rectal para mantener un objeto metálico cualquiera aplicado sobre el promontorio; pero hay que convencerse que ninguno de todos estos artificios da resultados prácticos. La mujer los rechaza con razón; es difícil mantener el contacto durante varios minutos sin que la paciente se mueva, y en último término ni aun en el caso de verse bien netamente el promontorio podríamos decir, midiendo el diámetro promonto-suprapubiano de la radiografía, que la distancia arrojada por él era la que correspondía al diámetro anteroposterior de la pelvis radiografiada porque ya sabemos que la proyección de tal diámetro varía en el grado de inclinación del plano del estrecho snperior y como esta inclinación varía en cada mujer y es imposible determinarla en el vivo, resulta que la causa de error subsistirá siempre y que no podrán obtenerse medidas precisas procediendo de esa manera.

Para los diámetros oblicuos existe la misma causa de error, siendo únicamente el transverso el que se substrae á ella y no varía sea cual fuere el grado de la inclinación que tenga natural ó artificialmente el plano del estrecho superior. Sin dificultad se comprende que, mientras estas inclinaciones imponen variaciones sensibles á la proyección de los diámetros anteroposteriores y oblicuos, carezcan de influencia sobre el transverso que hace las veces de eje en el cual gira el plano del estrecho superior.

Con el propósito de obviar los inconvenientes anotados y llegar á reconstituir en la radiografía obtenida la forma y dimensiones del estrecho superior de la pelvis, se han ideado procedimientos ingeniosos, si se quiere, pero algo complicados.

M. Fabre, de Lyon, (1) inventó el método que llamaremos de las reglas dentadas que, sin llegar á la precisión deseada, tiene el inconveniente de ser su aplicación bastante molesta para la mujer, que de-

(1) Comunicación presentada á la Sociedad de Cirujía de Lyon en 8 de Junio de 1899.

be permanecer varios minutos acostada sobre una regla dispuesta debajo del sacro y con otra sobre el pubis, y su manejo un tanto complicado. Lo que más se desea obtener con este método es lo que menos se consigue; el diámetro promonto-pubiano no puede medirse con precisión porque justamente es el promontorio lo que menos se ve en la radiografía de toda mujer embarazada.

M. Bouchacourt (1) ha ideado, igualmente, un método de radiopelvimetría que no ha sido más afortunado que el anterior de M. Fabre, pues como él mismo lo reconoce, la exactitud en las medidas de los diámetros oblicuos deja bastante que desear. Practica sus radiografías sirviéndose de una cintura de referencia colocada en la pelvis que debe radiografiarse y en seguida efectúa una serie de cálculos de restitución para obtener las dimensiones buscadas del estrecho superior.

Ninguno de estos métodos es realmente práctico; muy loables como especulaciones científicas, pero demasiado complicados para entrar en la práctica hospitalaria y civil corriente, máxime cuando á las dificultades de su empleo se añade la falta de exactitud en los diámetros oblicuos y promonto-pubiano obtenidos. El solo diámetro que con dichos métodos se mide con exactitud en el transverso y para llegar á este solo resultado indiscutible ya veremos que no se necesita ni mortificar al paciente ni complicar lo que debe ser manuable y sencillo para colocarlo al alcance de todos.

Dada la serie de dificultades apuntadas ¿podremos obtener algo verdaderamente práctico de la radiometría? Indudablemente que sí, siempre que no le pidamos más de lo que ella pueda dar teniendo en cuensa el estado actual del descubrimiento de Röntgen.

Hoy por hoy no podemos pretender que los rayos X nos den la medida exacta de la conjugata vera, como no es posible encontrar un patrón ó medida de unidad que sea aplicable á cada caso en particular por la inclinación diversa de la pelvis en cada mujer. Tampoco vemos la razón de ser del empeño con que algunos observadores exigen á la radiometría lo que no está á su alcance, cuando tenemos instrumentos preciosos como el pelvígrafo de Farabeuf, que nos permite medir con precisión matemática el diametro promonto-pubiano mínimo.

Con este instrumento, que empleamos con frecuencia en nuestra Maternidad sin que nunca fallen sus medidas. desaparece la importancia de la radiometría para ese diámetro del estrecho superior; pero subsiste, y en alto grado, para la medición del transverso que solo ella

(1) Boletín de la sociedad Obstétrica de París, sesión del 15 de noviembre de 1900.

puede darnos en ausencia de todo otro instrumento de precisión para tal objeto.

Si á todos los datos ilustrativos suministrados por la sola radiografía de la pelvis añadimos la longitud del diámetro promonto-pubiano mínimo, obtenido con el pelvígrafo, y la del transverso, suministrado por la radiometría, habremos obtenido cuanto clínicamente puede desearse para formar idea exacta respecto á la configuración del estrecho superior y deducir las indicaciones y el pronóstico del parto.

Es por esto que hemos concretado todo nuestro esfuerzo á encontrar *el coeficiente de ampliación correspondiente al diámetro transverso del estrecho superior*, diámetro cuya proyección no varía con el ángulo de inclinación de la pelvis sino con la distancia del tubo de Crookes sobre la placa fotográfica.

Véase cómo hemos procedido para encontrar dicho coeficiente de ampliación: se colocaron los cadáveres en posición supinodorsal, sobre las placas fotográficas, teniendo especial cuidado de que no hubiera ninguna inclinación lateral de la pelvis que pudiera hacer variar la proyección del diámetro transverso, y el tubo de Crookes á unos cincuenta centímetros de la placa sensible, dispuesto de tal manera que no coincidiera, mediante una plomada. con el centro de la línea que unía las espinas ilíacas anteriores y superiores. Dispuesto todo así, en la más perfecta simetría, hicimos pasar la corriente por espacio de varios minutos, procediendo en seguida á revelar las placas y á obtener fotografías.

Las pelvis de estos cadáveres eran acto continuo privadas de sus partes blandas, medidos sus diámetros transversos y reservadas para practicar nuevas radiografías con las pelvis ya secas, á fin de poder establecer comparaciones.

El resultado de estas experiencias ha sido el siguiente: Colocando el tubo de Crookes á cincuenta centímetros de altura sobre la placa fotográfica, la proyección del diámetro transverso del estrecho superior resulta aumentada en dos centímetros con relación al de la pelvis ósea. De manera, pues, que á una distancia de cincuenta centímetros *el coeficiente de ampliación para el diámetro transverso son dos centímetros* y que bastará deducir esta cifra en la medición del diámetro transverso de toda radiografía hecha en igualdad de condiciones, para obtener la medida exacta del diámetro respectivo de la pelvis radiografiada.

Así, por ejemplo, la fotorradiografía núm. 5, perteneciente á un cadáver de mujer gruesa, da en la fotografía original un diámetro transversal del estrecho superior de dieciseis centímetros y medio;

en el esqueleto encontramos para el mismo diámetro catorce centímetros y medio. La fotorradiografía núm. 6, arroja un diámetro transversal de quince centímetros y medio mientras que la pelvis, después de privada de las partes blandas solo daba para el mismo diámetro, trece centímetros y seis milímetros, y así en las otras experiencias, siendo digno de mención especial la circunstancia de haber encontrado, cuando más, variaciones de un milímetro en el coeficiente de dos centímetros que deberá deducirse del diámetro transversal de las radiografías para obtener la medida justa del diámetro respectivo de la pelvis que se estudia.

Con este sencillo procedimiento, se llegará siempre á conocer con exactitud el ancho del estrecho superior de la pelvis de toda mujer sea cual fuere la edad de su preñez y que la presentación se encuentre ó no encajada.

El nos puede dar aun algo más; la medida también exacta del diámetro biciático, imposible de calcular bien por otros procedimientos. Nuestras experiencias radiográficas sobre el cadáver nos permiten fijar en *un centímetro* el coeficiente de ampliación para el diámetro biciático. Así, tenemos la fotorradiografía núm. 5, que da un diámetro biciático de diez centímetros y cinco milímetros cuando el diámetro real en la pelvis seca respectiva es tan solo de nueve centímetros y cinco milímetros. La fotorradiografía núm. 6, de otro cadáver, ofrece un diámetro biciático de once centímetros, mientras que en la pelvis seca correspondiente solo tiene diez centímetros y así en las otras con variaciones que no pasan de dos milímetros.

Observando una pelvis seca en la actitud que corresponde á la mujer en posición supino-dorsal, se nota que las espinas ciáticas se encuentran equidistantes del diámetro transverso del estrecho superior y del plano que corresponde á la placa fotográfica.

Tenemos, pues, en conclusión que mientras que el coeficiente de ampliación es de *dos centímetros*, para el diámetro transverso del estrecho superior, la ampliación del biciático, situado á la mitad de la distancia que separa aquel de la placa sensible, es tan solo de *un centímetro*.

Estos coeficientes, así encontrados, nos sirven para todos los casos de radiografías practicadas en las condiciones antedichas, en mujeres embarazadas, y no tememos cometer errores procediendo así, porque el mayor ó menor espesor de las partes blandas, en cada mujer, no influye de un modo sensible en el aumento de los diámetros que hemos estudiado.

Se comete un error al pensar que la aplicación del diámetro trans-

verso del estrecho superior, en una mujer gruesa, deba ser mayor que en otra delgada por el mayor espesor de las partes blandas, que en el primer caso alejarían la pelvis de la placa fotográfica. Teóricamente parece que así debería ser, pero la experimentación nos enseña otra cosa. La fotorradiografía núm. 5, corresponde al cadáver de una mujer gruesa y ya hemos visto que el diámetro máximo del estrecho superior es en ella de dieciséis centímetros y cinco milímetros; pues bien; quitamos las partes blandas y preparamos acto continuo una pelvis seca con la cual efectuamos la radiografía núm. 7, que arroja exactamente la misma cifra de dieciséis centímetros y cinco milímetros para el diámetro transverso del estrecho superior. Midiendo las distancias que separan las espinas ilíacas anteriores y posteriores, así como las crestas ilíacas en ambas radiografías se ve que no hay la menor diferencia entre unas y otras.

Estos estudios comparativos han sido repetidos con otros cadáveres, obteniendo siempre idéntico resultado, ¿Cómo explicarse el hecho apuntado?

La cuestión no es difícil de resolver si se observa una mujer ó persona cualquiera en la posición supino-dorsal; el punto de descanso ó de apoyo invariable, de la pelvis sobre la placa fotográfica ó plano horizontal, es siempre la articulación sacrocoxígea, ya se trate de personas gruesas ó flacas, y es justamente en este punto de apoyo invariable donde el espesor de las partes blandas es de muy poca importancia por estar reducida á la piel y á una pequeña capa de tejido adiposo; de aquí que ella no tenga influencia sensible en la ampliación de las sombras proyectadas por los rayos de Röntgen y que el diámetro transverso del estrecho superior tenga la misma ampliación en la radiografía practicada con una pelvis recubierta de sus partes blandas que cuando se le ha privado de ellas.

Damos á este hecho de observación suma importancia porque viene á demostrar, contrariamente á lo que se creía hasta hoy, que el mayor ó menor grado de gordura de la mujer no influye en el sentido de modificar el coeficiente de ampliación encontrado para los diámetros transverso y biciático, siempre que se coloque la paciente en la posición supino-dorsal perfecta y el tubo de Crookes á cincuenta centímetros de altura sobre la placa fotográfica.

No existe la posibilidad de cometer errores si se procede en la forma que dejamos establecida; dedúzcase de los diámetros de cualquier radiografía de pelvis dos centímetros para el diámetro transverso del estrecho superior, y uno para el biciático, y se tendrá la medida exacta de los mismos en la pelvis radiografiada.

El procedimiento no puede ser más simple ni sus resultados más útiles desde que nos hace conocer con toda precisión dos diámetros importantes correspondientes á los dos estrechos que debe franquear la cabeza del feto en el momento del parto.

Pensamos que esto es lo único, verdaderamente práctico, que en el momento presente podemos pedir á la pelvirradiometría. Bien es verdad que, procediendo así, nada de preciso puede inducirse con relación al diámetro promonto-pubiano, pero no es menos exacto que tampoco lo necesitamos de la radiografía porque el pelvígrafo de Farabeuf nos permite conecer ese diámetro con la mayor exactitud en todos los casos de estrecheces pelvianas.

Cuando se han observado muchas radiografías de pelvis, tomadas todas en la misma posición, el ojo se acostumbra á la configuración que normalmente tiene el estrecho superior y reconoce las deformaciones aun pequeñas que le hacen sospechar un aplastamiento anteroposterior de aquel órgano. El pelvígrafo nos dará siempre el grado de la deformación.

Por esto deciamos al principio, con el conocimiento del diámetro anteroposterior que nos da el pelvígrafo, y del transverso del estrecho superior é inferior obtenido con la radiometría, se ha enriquecido la obstetricia y el operador no necesita más para reglar su norma de conducta y proceder con entero conocimiento de la topografía del terreno sobre el cual debe actuar.

APLICACION DE LA RADIOMETRÍA Á LA CLÍNICA OBSTÉTRICA

La importancia de los conocimientos adquiridos sobre la pelvirradiografía y la radiometría sería muy secundaria si no hubiéramos buscado su aplicación y utilitarismo clínico. El ojo observador del clínico penetra hoy, precedido por los rayos catódicos, á través de los tegidos hasta llegar á calcular distancias, viendo claro donde antes solo existían sombras, y á formar un diagnótico exacto donde solo podía haberle hecho dudoso.

Los coeficientes de ampliación determinados para los diámetros transversos de los estrechos superior ó inferior de la pelvis, unidos á la idea que da la radiografía sobre la configuración general del órgano y demás particularidades, son de la mayor utilidad tanto para el diagnóstico cuanto para el pronóstico y tratamiento á seguir.

Queremos públicar tan solo tres fotorradiografías de pelvis viciadas, pertenecientes á mujeres que ingresaron en la Maternidad en la segunda quincena del noveno mes de la preñez, y á las que fué nece-

sario practicar la operación cesárea, para hacer resaltar la importancia de este nuevo elemento de diagnóstico.

(Fotorradiografía núm. 8.)—Pertenece á Dominga S., italiana de treinta y cinco años, de un metro y 23 centímetros de altura, raquítica y primeriza. Ingresó al hospital pidiendo ser operada de lo que ella creía ser un gran tumor maligno y que resultó un feto de nueve meses.

Pelvimetría externa, B. E. 20 c.; B. I. 22 c.; B. T. c.; S. P. 16 c.—Biisquiático 6 c.

Pelvimetría interna, con el pelvígrafo de Farabeuf, P. P. M. 8 c.

Aplicamos los rayos X y medimos en la radiografía el diámetro transverso del estrecho superior y el biciático, que mucho interesaba conocer, resultando para el primero 12 centímetros y ocho milímetros, menos dos centímetros del coeficiente de ampliación, tenemos un transverso máximo de 10 centímetros y ocho milímetros, y para el biciático ocho centímetros que al deducir un centímetro del coeficiente de ampliación nos da un transverso de siete centímetros.

Añadiendo á estos guarismos el aspecto general de la pelvis y del esqueleto, con las cabezas y cuellos de ambos fémures deformados y dislocados, llegamos á clasificar esta pelvis entre las raquíticas generalmente estrechada y en forma de embudo. Efectivamente, la radiometría permite ver la dimensión del diámetro transverso del estrecho superior que no llega á 11 centímetros cuando generalmente es superior á 13 centímetros; pero lo que evidencia de más importante aun, es la pequeñez dal diámetro biciático de siete centímetros que, unido al biisquiático de seis centímetros, hacían completamente infranqueable el estrecho inferior óseo.

Como la presentación peloteaba por encima del estrecho superior, costó muy poco levantarla con una venda á fin de despejar la pelvis y obtener una radiografía nítida de toda ella.

Oportunamente se practicó á esta mujer la operación cesárea, extrayéndose un feto varón con un biparietal de nueve centímetros, que ha sido criado por la madre y que disfruta con ella de la más perfecta salud.

(Fotorradiografía núm. 9).—Pertenece á Lucía S., italiana, de cuarenta años de edad, raquítica, que ingresó en la Maternidad al fin de su embarazo. tres días antes de iniciarse los dolores del parto.

Multípara, en su sexta preñez; de los otros cinco embarazos anteriores solamente le vive el primer hijo, que fué una mujercita nacida prematuramente al octavo mes; á los otros cuatro fetos los extrajeron, previa embriotomía, en distintos hospitales.

Pelvimetría externa. B. E. 22 c.; B. I. 27 c.; B. T. 27 c.; S. P 16. c.
Pelvimetría interna, con el pelvígrafo de Farabeuf, P. P. M. 8 c.

Diagnóstico; feto vivo, presentación de hombro izquierdo, posición derecha.

Se resuelve aplicar los rayos X según los preceptos de nuestra práctica, levantando un poco la presentación con una venda, y obtenemos la radiografía adjunta que muestra una pelvis pequeña, viciada en el diámetro anteroposterior por una marcada propulsión del promontorio hacia la excavación. El diámetro transverso del estrecho superior es de doce centímetros y cinco milímetros y el biciático de diez centímetros; ni uno ni otro habrían creado dificultad al parto, á no ser la disminución del promonto-pubiano.

Iniciados los dolores se le prácticó la operación cesárea, extrayendo un feto del sexo masculino de tres mil ciento treinta gramos de peso y con un biparietal de diez centímetros. Puerperio normal; crianza materna; ambos se comportan bien hasta el presente.

(Fotorradiografía núm. 10).—De Ramona M., española, de treinta y nueve años de edad, bien desarrollada, multípara; entró en la Matenidad al fin del noveno mes de su sexto embarazo.

De los cincos partos anteriores sólo vive una mujercita que fué la primera y nació á los siete meses. Los otros cuatro fueron muy laboriosos y dieron por resultado la expulsión de fetos muertos:

Pelvimetría externa. B. E.. 24 c.; B. I. 28 c.; B. T. 31 c., S. P. 17 c.
Pelvimetría interna, con el pelvígrafo de Farabeuf, P. P. M. 7 1/2 c.

Diagnóstico: feto vivo y grande, presentación cefálica, desbordando la cabeza por encima de las sínfisis pubiana, y posición derecha transversal.

Excepción hecha del diámetro de Baudelocque, nada revelaba en esta mujer, de gran talla, la existencia de una estrechez pelviana.

Se practica la radiografía durante el embarazo, levantando la presentación, y nos encontramos con una pelvis aplastada, no raquítica; es decir, con uno de esos casos de viciaciones enmascaradas que tan desagradablemente sorprenden al clínico cuando se descubren en el momento del parto,

La radiografía muestra una pelvis grande en el sentido transversal, con sus dos mitades perfectamente simétricas y con un aplastamiento pronunciadísimo de delante á atrás, aplastamiento que ha hecho á aumentar el diámetro transversal del estrecho superior hasta llegar á quince centímetros y cinco milímetros; es decir, casi tanto como ha perdido el diámetro promonto-pubiano.

La radiografía, confirmando los datos de la pelvimetría, explica satisfactoriamente la causa de la muerte de los cuatro últimos fetos y la salvación del primero.

En su oportunidad se practicó la operación cesárea, con el mismo éxito de las anteriores, extrayéndose una niña de cuatro mil gramos de peso, con un biparietal de once centímetros. Puerperio normal; crianza materna, y alta como á las anteriores veinte días después de la operación.

CONCLUSIONES

I

Este trabajo es el primero que se publica en Sud-América sobre la radiografía y radiometría aplicada á la Obstetricia.

II

Se obtendrán muy buenas radiografías del estrecho superior de la pelvis, en casos de preñeces avanzadas con viciaciones pelvianas, levantando suavemente la presentación, por medio de una venda, mientras dure la exposición á los rayos catódicos, en posición supino-dorsal.

III

Cuando la cabeza fetal se ha encajado bien, se obtendrán buenas radiografías del estrecho superior (menos de la región sacra) y de la presentación, pudiéndose diagnosticar la posición del feto por el solo examen radiográfico.

IV

La posición supino-dorsal es la única que permitirá obtener buenas radiografías de pelvis, durante los últimos meses de la preñez.

V

Si la posición de la mujer sobre la placa fotográfica no es perfectamente horizontal y simétrica, se obtendrán radiografías indicando falsas viciaciones pelvianas.

VI

En toda radiografía obtenida colocando la placa fotográfica debajo de la mujer, lo que se ve es la cara posterior de la pelvis, por ser la más proxima á la placa sensible, y *la línea de la articulación sacroilíaca correspondiente á la cara anterior.*

VII

En el cadáver cuando el útero no está en gestación ó lo está de poco tiempo, es posible obtener sombras nítidas de él y de sus anexos.

VIII

La radiografía da con nitidez aun en la mujer encinta la configuración general del estrecho superior é inferior de la pelvis si bien ambos ampliados en proporción diversa.

IX

La radiografía tomada en posición supino-dorsal á una mujer no preñada, permite ver el sitio correspondiente al promontorio, que aparece sumamente alejado de la sínfisis pubiana.

X

Toda radiografía de pelvis debidamente orientada revelará cualesquiera clase de asimetría y aplastamiento, la existencia de tumores, de luxaciones, de anquilosis, fracturas, de espondilolitesis y espondilioemas.

XI

La importancia clínica de la radiografía aplicada á la obstetricia es grande y surge de las conclusiones precedentes fundadas en las fotorradiografías intercaladas en este trabajo.

XII

Por el momento, la pelvirradiometría de la mujer encinta no puede darnos con exactitud la medida de los diámetros anteroposterior y oblícuos del estrecho superior de la pelvis, por lo difícil que es determinar el sitio del promotorio y por que la inclinación del plano del estrecho superior varía de una mujer á otra entre 55 y 60 grados.

XIII

La pelvirradiometría puede darnos, aun en la mujer al fin de su embarazo, deduciendo el coeficiente de ampliación respectivo, la medida exacta del diámetro transverso del estrecho superior y del biciático del estrecho inferior de la pelvis.

XIV

El coeficiente de ampliación que hemos encontrado para el diámetro transverso del estrecho superior, colocando el tubo de Crookes á

50 centímetros por encima de la placa fotográfica, es de *dos centímetros*, y de *un centímetro* para el diámetro biciático; basta, pues, deducir estas cifras de la medida que arrojan aquellos diámetros en la fotorradiografía tomada, para obtener la extensión exacta de los de la pelvis viva.

XV

Contrariamente á lo que se suponía, el hecho de que una mujer sea gruesa ó flaca no hace variar en lo más mínimo el coeficiente de ampliación para los diámetros transverso y biciático de la pelvis, como lo demuestran nuestras experiencias sobre el cadáver.

XVI

La pelvirradiometría rinde un importante servicio á la distocia al darle la medida exacta del diámetro transverso del estrecho superior y del biciático, porque el operador, con ella y con el concurso del pelvígrafo de Farabeuf, tiene cuanto puede desear para intervenir con pleno conocimiento del terreno donde debe actuar.

XVII

Las tres últimas fotorradiografías publicadas en este trabajo relativas á pelvis viciadas, pertenecientes á mujeres que ingresaron en la Maternidad al fin de la preñez y á las que se los practicó la operación cesárea con el éxito más completo, evidencian la importancia de la radiometría como nuevo elemento de diagnóstico en los casos de distocia por deformaciones pelvianas.

NOTA. No habiéndose recibido los clichés de las figuras mencionadas en esta comunicación, no se han podido reproducir.

SEANCE DU 27 AVRIL

Présidence d'honneur: MM. Lupthorn Smith et de Mattos, Betrix et Benavide.

PATHOGENIE ET TRAITEMENT DES INFLAMMATIONS CHRONIQUES CELLULAIRES ET PERITONEALES DE LA PELVIS

Rapport de Mr. J. A. DOLERIS (Paris).

DIVISION

Les inflammations péritoneales et cellulaires du bassin de la femme se réduisent à trois ordres de lésions ou malaladies localisées:

1.° Lesions d'organes (*a*) salpingite.
(*b*) ovarite.
(*c*) salpingo-ovarite ou annexite.

Elles sont la condition première de la péritonite pelvienne.

2.° Lésions dela séreuse péritonéale du bassin, exsudats, pus, adhérences (pelvi-péritonite, péritonite pelvienne, périannexite), conséquences de l'extension par la salpingite muqueuse, ou d'un transport direct de l'infection par térébration des tissus.

3.° Les lésions du tissu cellulaire sous-peritonéal du pelvis, (paramétrite, para-ovarite, para-salpingite) dont le noyau inflammatoire primitif réside dans les vaisseaux, troncs veineux et lymphatiques du bassin (phlébite et lymphangite pelviennes), et s'étend secondairement au tissu cellulaire avoisinant, pour constituer le phlegmon pelvien ou phlegmon du ligament large (*cellulite pelvienne*).

CRONICITÉ

La caractéristique la plus certaine de la chronicité est *l'apyrexie*. Elle dénote généralement la disparition de l'infection ou son atténuation marquée.

Les crises douloureuses, qui correspondent aux époques menstruelles plus ou moins éloignées de la période d'invasion, peuvent être apyrétiques.

On ne peut dire surement qu'une inflammation pelvienne est passée à l'état chronique qu'autant que deux ou trois périodes menstruel-

...s douloureuses ou non, ont été traversées, sans les symptômes réac-...onnels de l'inféction.

* **

I.—La pathogénie des inflammations pelviennes dérive de l'infec-...ion.

II.—L'infeetion a toujours son origine dans la muqueuse génitale

III.—Les agents de l'infection peuvent se diviser en trois catégo-ries:

1.° Les microbes de l'infection banale et les saprophytes faible-ment pathogènes, quelquefois des pathogénes introduits par inocula-tion accidéntelle, ou par voie traumatiquo, opératoire, etc.

2.° Le gonócoque seul, ou en symbiose avec le staphylocoque ou le streptocoque.

3.° Les microbes des infections puérperales, streptocoques, saphy-locoques et les symbioses diverses avec des saprophytes, le coli-bacil-le, le gonocoque. Dans cette catégorie, la nature puerpérale du terrain caractérise puissamment le genre de l'infection, son allure et sa mar-che spéciale avec son pronostic sévère.

IV.—Les voies de pénétration des agents infectieux dans les orga-nes pelviens sont:

1.° La voie *muqueuse*, par continuité de surface.

2.° La voie *lymphatique* tronculaire, extra-utérine, quand la pro-gression des agents pathogènes affecte la tendance perforante, et quand, du réseau lymphatique muqueux, elle gagne le réticulum intra-mus-culaire, se fixe dans les confluents lymphatiques de l'isthme et des cornes de l'utérus, et arrive enfin à pénétrer les troncs extra-utérins logés dans le paramètrium.

3.° La voie *veineuse* qui véhicule lentement les agents infectieux, grace à la thrombose inflammatoire laquelle suit immédiatement leur pénétration dans les vaisseaux.

Dans cette division, la gynécologie bénéficie des principes posés par nous en 1879, pour tracer la progression de l'infection puerpérale aiguë.

LÉSIONS ANATOMIQUES

V.—*a)* Les lésions engendrées par le premier mécanisme sont la *salpingite, l'ovarite corticale, la péritonite pelvienne.*

Elles sont limitées et d'une extension lente.

La forme banale et la forme gonococcique de l'infection correspon-dent à ce mode de progression, par la voie muqueuse.

b) Les lésions de la seconde catégorie *(lymphangite profonde)* ap-

partiennent aux traumatismes septiques (forme sévère mais exceptionnelle) et surtout aux infections puerpérales.

Elles sont extensives, diffuses, et à marche rapide.

Dans la forme térébrante, elles gagnent la séreuse péritonéale directement et, par un trajet qui traverse toute l'épaisseur de l'utérus, créent des exsudats pariétaux et sous séreux *(abcès utérins)* et des plaques de péritonite exsudative.

Lorsqu'elles suivent la voie des troncs collecteurs extra-utérins sous-séreux, elles caractérisent la cellulite aiguë *(lymphangite des ligaments larges, etc.)*

c) Les lésions de la troisième catégorie sont caractérisées par la phlébite tronculaire; elles succèdent généralement à un traumatisme cervical, au cours de l'accouchement. La brèche traumatique faite par la déchirure du col, en plein tissu utérin, ouvre la voie à l'infection qui s'installe d'emblée dans les rameaux veineux de l'isthme, dépendant de la veine utérine.

La distribution topographique des veines et des troncs lymphatiques permet de préciser le siège des phlegmons pelviens sous-péritoneaux.

Ils appartiennent:

1.° A l'angle inférieur et interne du ligament large *(paramétrite juxta-cervicale ou latérale du col)*—ou à la région du mésovarium, d'où ils interessent le hile même de l'ovaire, pour former des ovarites médullaires, des abcès ovariques.

Dans ce processus, l'élément veineux et lymphatique, aussi bien que le tissu cellulaire et musculaire des deux grandes gaines vasculaires du bassin (utèro-ovarienne et hypogastrique) sont également interessées.

La direction du pus, lorsqu'il se forme des abcès sous-séreux, est tout indiquée par les prolongements de ces gaines sur les principales branches vasculaires.

De sorte que la communauté de topographie des lésions et de la distribution vasculaire du bassin equivaut à la connaissance des localisations et de l'extension du phlegmon pelvien.

FORME DES PROCESSUS INFECTIEUX

Les lésions propres à la salpingo-ovarite comportent:

1.° Une forme catabarrale simple peu virulente, dans laquelle le trajet tubaire reste perméable; la trompe se tuméfie, les franges du pavillon s'altèrent dans leur forme et dans leurs dimensions; le seg-

ment infundibulaire s'emplit de sécrétions, s'alourdit et se déplace; l'ovaire et le péritoine voisin s'enflamment et fournissent un exsudat discret qui évolue en adhérences plus ou moins molles, lesquelles dégénèrent, par organisation fibreuse ultime, en un réticulum peu résistant.

Les formes les plus graves de cette catégorie peuvent aboutir à l'occlusion du pavillon tubaire, occlusion temporaire, intermittente d'abord, puis complète, susceptible en fin de céder à nouveau lorsque, plus tard, l'opercule néomembraneux qui aglutine les franges tubaires est devenu assez mince pour se rompre et se rouvrir devant le flux sécrétoire normal de la trompe.

2.° Une forme gonococcique, ou *suppurative grave*, toujours associée à l'ovarite corticale, à la périannexite et souvent à l'inflammation adhésive de voisinage, à la fusion avec l'intestin, l'épiploon, etc.

L'accollement du pavillon tubaire à la paroi pelvienne, par l'organisation de l'exsudat épanché qui sert de *lut*, s'organise et cimente les bords de l'orifice externe, est la règle; l'ovaire est également accollé à la trompe.

Les deux organes s'inclinent généralement en bas et en arrière, et leur pédicule utérin subit parfois un tour de spire plus ou moins complet; ils finissent par se loger sous le feuillet posterieur du ligament large.

La cavité tubaire peut être définitivement convertie en kyste purulent; les follicules ovariens enflammés fournissent aussi des néoformations liquides enkystées.

Les exsudats périannexiels, d'abord liquides, puis mous, se convertissent en cloisons fibreuses, séparant des loges plus ou moins nombreuses.

La résorption ultérieure des líquides amène, dans le kyste tubaire, le retrait et l'épaississement des parois hypertrophiées; dans les tra vées exsudatives, un tassement plus ou moins dense.

Les réinvasions infectieuses accentuent ces lésions et, au milieu d'un retour de l'état aigu, ramènent l'exsudation liquide, pus ou séropus, dans la trompe de l'ovaire et parmi les trabécules adhérentielles.

La résorption définitive marque la fin de la période kystique et le début de la phase de chronicite, avec la régression des exsudats fibreux plus ou moins organisés.

La *fistulation* est peu fréquente.

La permanence de la forme kystique correspond surtout à l'organisation de la paroi tubaire et souvent à la torsion de la trompe, ou à d'autres causes peu précises:

3.° Une forme sévère *d'origine puerpérale* ou *post*-abortive dans laquelle les processus muqueux et peritoneaux s'allient parfois aux processus sous-séreux; et, pour un temps assez court, ces derniers disparaissant vite par resorption ou par suppuration suivie d'évacuation.

L'allure des lésions péritonéales est semblable à la précédente mais plus diffuse et plus extensive; elle gagne plus fréquemment l'intestin hypogastrique.

Les *fistulations* sont plus fréquentes.

Les réinfections par l'utérus sont moins à craindre qu'avec le gonocoque.

MARCHE RÉSOLUTIVE HABITUELLE DES LÉSIONS

La résolution est toujours possible, quelles que soient la cause et l'intensité de la lésion; la forme catarrhale, évolue vite; la forme gonococcique est beaucoup plus lente et souvent la plus tenace.

La forme puerpérale, même avec suppuration diffuse, dans le bassin, peut évoluer vite et très heureusement. Il est toujours périlleux de formuler un mauvais pronostic, en présence même des inflammations pelviennes les plus graves en apparence. Tout comme la pneumonie, la pleuresie, l'hépatite, etc., les infections génitales aigües sont susceptibles de résolution intégrale.

CAUSES PRINCIPALES ET CONDITIONS DE LA CHRONICITÉ.

Le passage à l'état chronique, comme la longue persistance de l'état paroxystique intermédiaire à la phase aigüe et à la phase chronique, sont dûs à des causes spéciales dont l'effet est d'entraver la marche normale de la guérison.

Ces causes agissent:

a) Soit en entretenant l'infection par contact infectieux de voisinage (adhérences intestinales, appendiculaires, fistules).

b) Soit en favorisant la réinfection, (mêmes causes que dessus, métrite persistante, retrodéviation utérine etc.).

c) Soit en exagérant le molimen congestif (règles), soit en le troublant (vicariation menstruelle, froid, excès génitaux; névropathie, causes morales, fatigues physiques).

d) Soit en faisant dévier les processus exsudatifs (sclérose hyperplasique par syphilis, alcoolisme, tuberculose, etc.).

e) Soit en affaiblissant le terrain (insuffisance de la phagocythose, hémorrhagies abondantes, défaut d'alimentation, toxémie lente d'origine intestinale ou rénale, dépérissement général).

Dans ces différentes conditions, on trouve, comme processus morbides permanents ou intermittents, dans la cavité pelvienne, du pus, du sang, du tissu fibreux (adhérences et travées celluleuses), des exsudats casèeux.

L'évolution naturelle vers la résolution, dans de telles circonstances, est très retardée, très difficile; et parfois elle peut être considérée comme impossible.

TRAITEMENT

Pour bien s'entendre sur les principes thérapeutiques, il importe de se mettre d'accord sur l'évolution des formes diverses de l'inflammation pelvienne. La discussion et le choix du traitement se basent sur la distinction précise entre chacune des phases de la maladie.

Tout le monde est d'accord sur la phase aigüe: l'infection domine avec ses symptômes; la fièvre est continue; l'état général est atteint gravement; il n'y a point de remissions; l'acuité est permanente.

La phase chronique correspond à la torpidité des lésions, à la disparition très prolongée ou définitive de l'infection.

Mais à l'acuité ne succède pas directement la chronicité.

Entre ces deux phases, se place une période intermédiaire confondue tantôt avec l'état chronique, parce qu'en effet, elle est constituée par des crises aigües et des rémissions de plus en plus longues, alternant entre elles et rappellant la chronicité.

Cette phase d'oscillations ou *paroxystique* est celle sur laquelle l'opinion diffère, au point de vue du traitement à intervenir.

La suppuration diffuse ou insuffisamment enkystée, la réaction fébrile des paroxysmes, les poussées aggravantes et l'état général plus ou moins mauvais, malgré la longueur parfois assez grande des périodes de rémission, doit faire rentrer ce stade oscillant de la maladie dans la période d'acuité.

Pour cette raison, son traitement sera le même que celui de la période aigüe avec laquelle elle se confond.

C'est pour n'avoir pas adopté cette distinction que certains chirurgiens proposent de préférence l'hystérectomie vaginale, dans de telles conditions où la majorité s'en tient encore à l'expectation armée.

Traitement de la période aiguë.

Nous n'en devrions pas parler, mais ne fut-ce que pour préciser le champ de la discussion, il est utile d'en poser les termes.

La thérapeutique par les antiphlogistiques, les révulsifs, la gla-

ce, le repos, les purgatifs, pour combattre l'obstruction intestinale résultant des adhérences, etc., etc. appartient à cette période.

Un point précis et nouveau apparait, dans la question, comme une acquisition pratique importante parce qu'il consacre une méthode naguère négligée ou discutée, qui maintenant parait acceptée à l'unanimité.

(Dans le réferendum que j'ai adressé à la plus grande partie des chirurgiens et gynécologues français je trouve un assentiment général qui n'avait pas été formulé au Congrès de Genève).

Je veux parler de l'emploi usuel de l'incision, par la voie vaginale, des abcès pelviens aigüs pointant dans le vagin ou facilement accésibles par cette voie, encore qu'il faille parfois les aller chercher assez haut, quoique les collections liquides soient situées dans la zone péri ou para utérine.

La situation élevée des collections purulentes, non plus pelviennes mais abdominales à la période aigüe, les a fait éliminer jusqu'ici du traitement direct «*par incision, sans ablation*». On attendait généralement soit la résolution de la période infectieuse, soit l'aboutissement de l'abcès haut situé, sous le tégument de la région hypogastrique.

On peut mieux faire; et le traitement d'attente usité par le vagin peut s'adapter à la région abdominale.

Par cinq observations très probantes, je puis établir l'utilité dans ces cas, où la diffussion de l'infection est ou parait à redouter, de la laparotomie uniquement appliquée à la découverte des foyers suppurés, à leur évacuation et á leur drainage, sous bénéfice d'une expectation plus ou moins prolongée et d'une opération ultérieure, *à froid*.

Traitement de la période d'oscillations ou période des crises paroxystiques aigües.

La logique commande de la traiter comme la précédente, car l'infection est encore présente, comme en témoignent les retours aigus.

Le traitement, pendant les paroxysmes, doit donc être antiphlogistique, et chirurgicalement limité à l'incission des abcés accessibles.

Le traitement, pendant les périodes de rémission sera poursuivi avec persévérance et sollicitude, car ce sont les soins appliqués durant ces périodes de calme relatif, qui font avorter et éloignent les crises paroxystiques. L'usage modéré du sérum en injections hypodermiques, les bains, l'usage des tampons vaginaux glycerinés, antiseptiques, destinés à absterger et à assainir le col utérin souvent in-

secté; une médication et une alimentation toniques, représentent un ensemble de moyens propres à maintenir l'état général, à activer la circulation, par conséquent la phagocytose et la résorption des exsudats, et surtout à fortifier la patiente contre les paroxysmes menstruels.

Le repos continu est de toute necessité, tant qu'il se produit des retours critiques aigus.

Le traitement de la douleur et de la constipation, doit s'ajouter aux indications précédentes: opiacés, injections chaudes, glace, purgatifs etc.

N. B. Je dois signaler, en passant, les mauvais résultats que m'a donnés la glace en applications externes sur l'abdomen, quand arrive le moment précis du retour de la période menstruelle. L'action du froid m'a paru, chez différentes malades, produire des effets déplorables et amener des aggravations plus sévères que celles qui se produisent à l'ordinaire.

Les révulsifs habituels, compresses alcoolisées, térebenthinées, sinapismes, les vésicatoires même, les pointes de feu etc., sont mieux indiqués, étant donné les mauvais effets du froid dans ces circonstances spéciales. On fera sagement de s'abstenir aussi pendant cette période critique, des entéroclysmes et des injections vaginales à haute température.

Ce sont là des préceptes de thérapeutique *palliative ou d'attente.*

Il est visible que tous les chirurgiens n'entendent pas les choses de la même façon; et tandis que quelques uns pratiquent résolument la temporisation et avouent qu'ils ont eu parfois à se féliciter d'une longue persévérance, d'autres invoquent soit des indications formelles soit la crainte d'une terminaison fatale, pour dévier de la ligne de conduite précédemment tracée et recourir à l'emploi de moyens radicaux.

Les conditions formelles invoquées sont tirées de l'âge avancé de la malade, d'une propension évidente à la tuberculose, de l'effet nul des traitement précédents, etc., etc.

Les craintes basées sur la possibilité que la malade succombe à la gravité d'un paroxysme sont peu fondées, Bouilly, à Genève en 1896, et bien d'autres avec lui, quelques uns antérieurement vinrent soutenir que les lésions pelviennes, ayant dépassé la période puerpérale aigüe, celles qui dépendent de la gonococcie ou d'infections banales ne sont pas aussi graves qu'elles en ont l'air. Judicieusement traitées elles ne mettent point la vie en peril. Les cas de mort sont tout a fait exceptionnels et voudraient être l'objet d'une critique serrée. Il en est encore cependant quelques-uns d'authentiques et il est

croire que ceux qui les ont observés sont dominés plus qu'il ne convient par la crainte d'une telle terminaison.

Cependant il faut se baser sur des règles générales et non sur des exceptions. Dès lors la crainte de la mort n'est pas à mettre en parallèle avec les bénéfices de l'expectation armée.

Cela dit, il n'en reste pas moins que, dès que le principe de l'intervention radicale est accepté à tort ou à raison, peu importe la méthode et la voie adoptée. J'estime que dans ces cas, où l'infection est résistante, la voie vaginale peut offrir une certaine sécurité, et dans certaines mains, un supériorité réelle sur l'autre. Mais je suis loin d'accorder la valeur du principe de l'intervention.

Je pense, au contraire, que la discussion doit se concentrer sur ce point et que les règles de l'intervention doivent être cernés aussi étroitement que possible.

Traitement de la période chronique

Je spécifie à nouveau que cette période suppose une longue phase de rémission, avec, cependant, persistance *des lésions materielles* constatées par l'examen et de phénomènes douloureux plus ou moins intenses.

Cette phase peut être une préparation à la guérison; mais il n'est pas logique de se croiser les bras et de laisser la maladie marcher lentement à la liquidation des processus pathologiques. Bien que les retours aigus francs fassent défaut, il existe assez souvent, sinon toujours, une légère recrudescence menstruelle douloureuse plutôt qu'infectieuse. Le froid et la fatigue en peuvent provoquer de semblables.

Si cette phase se prolonge, la question du traitement peut se poser de diverses façons.

1.° *Traitement général*: Il comprend les toniques, la révulsion, la cure thermo-minèrale, s'adressant à' extat géneral physique ou à la névropaphie, l'emploi du sérum en injections hypodermiques à petites doses etc. qui ne peuvent être considérés que comme des adjuvants précieux.

Néanmoins, il faut compter un certain nombre de guérisons á l'actif de cette médication.

Cela est d' autant plus logique que, selon ce qui á été dit plus haut, les tares constitutionnelles, l'arthritisme, la syphilis, la névropathie etc. peuvent être en jeu et entrer pour beaucoup ou pour tout dans l'état chronique persistant. Il faut donc user de médications appropriées, et cette thérapeutique est toujours longue.

2.° *Traitement topique des lésions utérines.—Traitement conservateur indirect.* S'il s'agit d'une déviation utérine, (rétroversion, prolapsus,) compliquée d'annexite chronique, le traitement chirurgical est souvent indiqué, et il est de toute importance, vu la propagation facile de l'infection utérine aux annexes en cas de rétrodéviation.

Le redressement, de l'utérus et sa fixation par la voie abdominale, s'allie alors au traitement conservateur des annexes. La voie vaginale recommandée par quelques uns se prète moins, comme on verra, au traitement conservateur.

S'il s'agit simplemet, de métrite cervicale ou corporéale, le plus souvent des deux, le traitement des lésions par la dilatation et par le curetage, créent des conditions avantageuses de désinfection et de drainage de la cavité utérine qu'il est utile d'assurer, avant toute autre entreprise thérapeutique chirurgicale.

La désinfection du col se peut obtenir par des procédés simples comme la dilatation, et par un traitement topique antiseptique, mais le plus souvent, elle reclame l'excision de la muqueuse

Le traitement conservateur indirect, par la thérapeutique utérine a été différemment compris par les gynécologues; aussi les résultats sont-ils différents, et, conséquence pire encore, les échecs ont conduit à l'abandon d'une pratique tout-à-fait défendable quand elle est renfermée dans de justes limites.

Le résultat du réferendum institué sur cette question, divise les réponses en trois catégories: les partisans, les adversaires et les indiffèrents.

Ceux qui ont agi dans le cas de lésions torpides très anciennes et atrophiques des annexes, ou dans les formes très lègères récentes, ont eu d'assez bons résultats. D'autres ont enregistré des résultats nuls ou mauvais et constaté des poussées nouvelles. Enfin d'autres font des restrictions théoriques.

Ne fut-ce que comme élément capital d'une thérapeutique d'attente et conservatrice bien entendue, dans les limites sages imposées par l'absolue choronicité des lésions, le traitement utérin tire néanmoins ses indications du fait même des lésions constatèes auxquelles il s'adresse.

Il est concevable que la doctrine théorique de l'évacuation du pus par l'orifice tubo-utérin reste d'une application tont à fait exceptionnelle.

Les recrudescences consécutives à la dilatation se discutent.

En cas d'exsudat stérile, mais toxique, elles peuvent être dépourvues de danger et marquer seulement la phagocitose active de la part

du peritoine, à la suite d'une diapédèse abondante produite dans le foyer morbide sous l'influence de la dilatation.

J'ai vu ces recrudescences se produire parfois, dans de vieux foyers incomplétement éteints mais je n'ai jamais vu d'aggravation réelle, encore moins d'accidents serieux. Je conclus cependant au rejet de ce traitement dans les cas de foyers volumineux, suspects de virulence rélative, non pour le danger, mais pour l'inutilité du procédé.

En revanche, tout en reconnaissant que la méthode demande de la patience, de la douceur, du tact et du temps, pour l'élément dilatation principalement, je la considère comme supérieure au massage, à l'éléctricité etc. dans les formes *légères*, passé la periode d'état; et dans les formes minimes, atrophiques, adhesives, douloureuses, dont on ne peut pas toujours affirmer d'ailleurs qu'elles ont une infection à l'origine plutôt qu'une hémorrhagie.

Traitement conservateur direct.

(Destruction des adhérences, ignipuncture, resection de l'ovaire etc.)

Ce traitement peut s'exécuter par l'abdomen ou par le vagin. Ses indications peuvent exister à priori, mais, plus souvent, elles sont conditionnelles au départ de l'opération et resolues *à posteriori*, c'est à dire *de visu*.

Il a pour partisans presque l'unanimité des chirugiens consultés.

Quant à la voie à adopter, il y en a un de très décidé et deux éclectiques pour la voie vaginale.

Deux que l'on aurait pu croire très favorables à la voie vaginale restent très mesurés dans leur préférence.

D'une façon générale, la colpotomie posterieure est jugée capable de fournir les meilleurs renseignements pour l'examen et une facilité relativement supérieure à la colpotomie antérieure.

La pratique de la voie vaginale, dans un but conservateur, est généralement malaisé et parfois difficile, chez les nullipares, les vierges et avec certains vagins d'une topographie particulière.

La Thérapeutique conservatrice, au contraire, se pratique par l'abdomen avec facilité, qu'il s'agisse de libération des annexes, de sacrifices unilateraux, d'ignipuncture, de résection de l'ovaire.

J'ai noté 32 partisans de ce traitement dont 20 ont observé des grossesses consécutives: en tout, sur les résultats connus, plus de soi-

rante grossesses;—10 qui déclarent n'avoir obtenu que des résultats insignifiants et variables et qui, y ont renoncé;—10 sans expérience;—8 avec des résultats mauvais, c'ést à dire persistance ou retour des lésions pelviennes.

Sauf les cas l'on a pu regretter une conservation à outrance, notre conclusion est qu'il faut la pratiquer chaque fois qu'elle est possible au vu des lésions.

Les nombreux cas de grossesse observés sont la garantie de la légitimité de cette pratique. Quelques échecs, et j'en ai éprouvé moi même, ne peuvent pas faire oublier ses avantages.

Au traitement conservateur direct il faudra souvent allier le traitement conservateur indirect, utérin et une thérapeutique générale prolongée, appropriée à la constitution des malades.

C'est le moyen de réduire le nombre des échecs.

Traitement radical, par l'ablation bilatérale des annexes, suivie ou non de l'histérectomie.

Le traitement radical, *annexotomie, histérectomie,* a des indications très nettes sur lesquelles tout le monde est à peu près d'accord aujourd'hui.

Ce sont:

1.° Les lésions qui résistent au traitement de la période aiguë et de la période paroxystique et qui, au lieu de s'amender graduellement, arrivent seulement à une sorte de demi-torpidité laquelle comporte des reveils fréquents, en desaccord avec ce que nous savons de la marche clinique des infections pelviennes.

Cela coïncide avec un état général très précaire ou qui va vers l'affablissement graduel.

Dans ces cas, ou bien il y a du pus entretenu par des fistules communicantes avec des cavités viscérales septiques; ou bien les malades ne suivent aucune hygiéne, aucun traitement utile; leur position sociale et le besoin de recouvrer leur capacité pour le travail, les désigne au traitement radical, le seul qui puisse leur rendre la santé.

L'agé avancé de ces malades et une longue observation font décider l'intervention, sous bénéfice des procédés de conservation.

2.° Les lésions nettement aggravantes que plusieurs mois de repos et de soins n'ont pu ramener à la periode de stérilité et d'apyrexie, lésions pour lesquelles en un mot, la défense du terrain est à peu près nulle. La raison dominante de ce défaut de résistance est dans la constitution antérieure, les tares, les métrorrhagies répétés et exagerées

par ces conditions mêmes; la syphilis, la tuberculose, l'arthritisme, la névropathie surtout qui trouble les fonctions vasomotrices et crée le désordre dans le molimen menstruel, etc... les lésions organiques graves du foie, du rein, etc... les intoxications chroniques, alcoolisme, éthéromanie, morphinomanie, etc.

3.° Les lésions très améliorées et arrivées au stade régressif, atrophique, mais accompagnées de *douleurs* fréquentes, de *métrorrhagies*, d'une *stérilité* persistante, et très fréquemment d'une rétro-déviation uterine.

Dans ce cas, le traitement sera radical ou conservateur d'après l'examen des lésions *de visu*; il pourra être curatif et conservateur en même temps.

Détermination de la voie operatoire.—Voie abdominale.—Voie vaginale.

Les interventions entreprises, dans un but radical, par la voie abdominale sont le plus généralement adoptées; le nombre prédominant des partisans actuels de la laparotomie, parmi lesquels se trouvent ses défenseurs de la première heure, à côté de nombreux convertis, plaide, d'une façon générale, en sa faveur.

La position de Trendelenburg, l'emploie de larges valves sus-pubiennes, l'adjonction facultative de l'hystérectomie terminale ou préalable assurant un drainage pelvien parfait, l'usage de la péritonéisation du bassin, sont les principaux arguments de *technique* mis en avant.

La possibilité de contrôler exactement les lésions et de juger de leur gravité, celle d'apprécier les chances de sauvegarde de la fonction reproductive, par un traitement conservateur direct bilatéral ou unilatéral, sont les arguments diagnostiques et thérapeutiques en sa faveur.

Il n'y a aujourd'hui de partisans presque exclusifs de la voie vaginale qu'un très petit nombre d'opérateurs qui suivent la tradition de l'école de Péan ou de Laroyenne; au juste trois.

De partisans exclusif, il n'y en a'pas.

D'anciens partisans de cette méthode, j'ajoute des meilleurs parmi les bons esprits de la chirurgie française, qui semblaient autrefois irréductibles, sont arrivés à un éclectisme d'autant plus compréhensible que leurs préférences s'expliquaient par une longue expérience acquise de la voie vaginale.

La voie vaginale a toujours contre elle:

1.° qu'elle ne fournit pas toujours au diagnostic, la certitude désirable sur la nature et la bilatéralité des lésions;

2.° qu'elle ne répond pas à tous les cas, notamment quand on a affaire à des lésions élevées dans le bassin ou franchement hypogastriques, avec des vagins étroits et facheusement disposés;

3.° qu'elle est trop souvent incomplète;

4.° enfin qu'elle oblige à restreindre les sacrifices, lorsque l'opérateur est arreté par la crainte d'une rupture de viscères très adhérents, à moins de hasard heureux, de prudence excessive, d'evpérience consommée, toutes conditions exceptionnelles.

L'hystérectomie vaginale reste un procédé d'élection, qui mérit l'equivalence avec la laparotomie, pour quelques cas de lésions graves, anciennes, massives du bassin, pour la tuberculose, notamment, et les poches fistuleuses basses.

Les suites operatoires et le choc paraissent ainsi moins redoutables, chez les femmes très affaiblies et à résistance amoindrie.

Technique de la castration par la voie abdominale.

Le procédé généralement suivi est l'ancien, celui qui vise les annexes d'abord, et l'utérus portérieurement; dans lequel même l'hyterectomie est en quelque sorte facultative.

De la technique de l'annexotomie il n'y a rien à dire de nouveau.

La *péritonéisation* du bassin est l'unique complétement de valeur qui soit à signaler et à recommander; elle supprime la nécéssité du drainage; elle a donné toujours d'excellents résultats.

Le drainage est réservé aux cas où l'hémostase absolue est rendue impossible.

Indications de l'hystérectomie complementaire

L'hystérectomie est elle facultative, ou bien est elle un temps indispensable de l'opération; et l'utérus sain ou malade doit il être enlevé de parti pris?

15 opérateurs répondent affirmativement,

20 opérateurs répondent négativement,

18 sont éclectiques et n'enlèvent que les utérus gros, douloureux à paroi infectée ou à surface séreuse cruentée par le decollement de larges adherences.

Lorsque l'utérus est laissé en place, il est indiqué de faire soigneusement l'antisepsie de sa cavité par les procédes habituels.

Divers procédes d'hystérectomie complémentaire.

La *totale* avec large drainage vaginal, est préférée par 8 opérateurs

elle a des indications quand le bassin est très infecté et très cruenté, sans possibilité de peritonéisatión parfaite.

La *subtotale* rallie 24 voix; elle permet à certains de drainer par le col largement libéré; d'autres drainent le Douglas par le vagin derrière le col.

La préférence lui est accordée à cause de la simplicité operatoire. —Il y a 10 opérateurs indifferents au choix—et 8 éclectiques qui se basent sur la nécessité d'un large drainage.

Hystérectomie préalable par hemisection
(*procédé de Faure*)

Cette méthode encore nouvelle, laisse 32 indifferents;—14 l'approuvent et la pratiquent—7 la déclarent sans avantages ou défectueuse.

Les critiques sont basées sur la possibilité d'infecter le champ opératoire et de sectionner l'uretère.

Certains l'ont abandonnée après essai. La plupart enfin considèrent cette pratique comme devant être basée sur la nécessité absolue, quand l'éradication intégrale des annexes parait trop laborieuse.

Traitement de la cellulite pelvienne chronique.

Y a t-il un traitement de la cellulite chronique? On pourrait discuter, puisque la cellulite est reconnue comme étant surtout une affection de la période puerpérale aiguë.

Le phlegmon pelvien sous-séreux, en effet, localisé aux gaines vasculaires, ayant pour noyau morbide la lymphangite et la phlébite de ces gaines, isolées ou associées, évolue rapidement: il se résout ou il suppure.

De passage à l'état chronique il n'est guère question, sinon dans certaines observations d'ovarite et de mésovarite chroniques formant une tumeur volumineuse caractérisée par des paquets de veines thrombosées enveloppées d'une gangue exsudative indurée. Ce sont là des faits tout à fait exceptionnels qui réclament le traitement des tumeurs annexielles chroniques et qu'on ne diagnostique guère à l'avance.

La Paramétrite latérale, associée à la dechirure profonde du col, réclame surtout un traitement adapté au traumatisme cervical.

Les brides fibreuses rétractiles du paramétrium peuvent bénéficier du massage.

PATHOGENIE ET TRAITEMENT DES INFLAMMATIONS CHRONIQUES CELLULAIRES ET PÉRITONEALES DE LA PELVIS

RAPPORT

del Dr. R. MARTIN GIL (Málaga).

Patogenia.

Las causas próximas de las inflamaciones que vamos á estudiar, su naturaleza y las alteraciones iniciales que las producen, no son tan numerosas y evidentes, como positivas y graves resultan estas enfermedades, las más estudiadas y discutidas de toda la Ginecología.

Cierto que la patogenia, lo mismo que la etiología de las inflamaciones pelvianas, no son de gran complexidad en su estudio, porque los elementos que producen tan gran variedad de enfermedades ó de modalidades de una misma enfermedad, á veces, no tienen por causa las múltiples é infinitas que engendran la mayor parte de las afecciones generales.

Aquí nos encontramos casi siempre que el motivo del proceso que tratamos es infección: sepsis. Poca responsabilidad puede achacársele al calor, al frío, la humedad, clima, alimentos, etc., etc.; á todos esos agentes, en fin, que si no satisfacen siempre al entendimiento, sirven para dar una explicación más ó menos plausible. Pero en las enfermedades de que vamos á tratar se exige una patogenia precisa, exacta, si vale decirlo, porque de su conocimiento acabado ha de deducirse á veces el diagnóstico y, lo que es más, el tratamisnto que se haya de imponer.

Tal sucede con los diferentes quistes del ovario, sobre todos los dermoideos, que frecuentemente supuran, formándose un absceso, con un hematocele pelviano, origen de una piosalpinx, con la inflamación de un ligamento ancho, por infección del útero, como resultas de manipulaciones mal dirigidas ó sucias, que producen un absceso difuso ó circunscrito.

También se debe tener en cuenta si se han practicado operaciones del abdomen, en donde hayan quedado grandes ligaduras, porque se sabe que cuando no se enquistan ni se reabsorven producen inflamaciones y supuración de la pelvis, y esto sucede con mucha frecuencia cuando las ligaduras no son de seda pura, como acontece en general, que está mezclada con otras substancias: ramí, algodón ó hilo. En estos

casos, si la esterilización no ha sido perfecta y se ha hecho la ligadura del pedículo de un tumor de los apéndices ó de los ovarios, se produce exudado por la irritación y se convierte bien pronto en una colección purulenta, Esto es lo que acontece en los ligamentos anchos, produciéndose flemones ó pelvis-celulitis difusas, por propagación de los linfàticos, ó un abceso más ó menos circunscrito y enquistado en el fondo de Douglas.

Las adherencias del intestino, del mesenterio ó del epiploon mayor con los apéndices y los ovarios, que muchas veces se fraguan por causas diferentes, alteran la nutrición de estos órganos y son causa de inflamaciones del peritoneo pelviano.

Los ovarios también se inflaman y supuran por infección séptica transportada por los linfáticos intrateguinentarios. Lo mismo las endometritis sépticas agudas, las intervenciones muy rudas ó prolongadas en el útero, son capaces de acarrear inflamaciones de los órganos contenidos en la pelvis y del peritoneo. Los ataques repetidos de salpingitis, de inflamaciones continuadas de los ovarios, los hematomas y las apendicitis mismas acarrean inflamaciones crónicas y supuraciones del tejido celular pelviano.

Los partos prolongados y distócicos donde se hayan efectuado grandes y severas manipulaciones, las dislaceraciones de la vagina, las del cuello uterino, la sepsis de detritus placentarios dejados en la matriz, son motivos de celulitis pelviana. Un embarazo ectópico y las roturas de la matriz, dan origen á hematoceles é inflamaciones tubo-ováricas.

Lo mismo acontece con las operaciones hechas en el cuello ó los raspados uterinos mal dirigidos y manipulaciones sépticas. Los pesarios, un catarro uterino ó de las trompas, son capaces de producir una parametritis crónica ó una perilinfangitis del útero y sus anejos. Algunos han visto inflamaciones pelvianas producidas por una carie y una fístula del iliaco; otros las han creído originadas por una impresión intensa de frío. Las inflamaciones de la vejiga de la orina, las de los ureteres y las del recto, por ser sépticas, pueden acarrear las mismas linfangitis anteriormente expresadas.

Otra causa eficiente de inflamación crónica de la pelvis es la tuberculosis genital. Aunque todos los órganos sexuales de la mujer pueden ser igualmente invadidos por esta enfermedad bacilar, la vagina y el útero son los puntos menos aptos; en la una por su gruesa capa estratificada epitelial, y en el otro por la vitalidad de la mucosa y su esfoliación parcial en los períodos menstruales. En cambio, los órganos más predispuestos á la tuberculosis son las trompas y los ovarios.

Mucho se ha dicho respecto de la tuberculosis como enfermedad

primitiva en los órganos genitales de la mujer, aunque en muy pocos casos se ha podido probar el contagio directo por el cóito con un tuberculoso, la saliva, los dedos sucios ó los instrumentos de un ginecólogo. Pero este modo de contagio es hoy muy incierto, después de las dudas y vacilaciones de Koch sobre la propagación de esta enfermedad entre la especie humana, y desde luego es el medio menos frecuente que se reconoce.

En cambio, es común encontrar casos de tuberculosis secundaria de las trompas, por ejemplo, en enfermas que sufren tuberculosis en el pulmón, el peritoneo ó los intestinos, por absorción linfática ó por emigración del bacilo de Koch.

Actualmente asisto á una señora de piosalpinx derecha tuberculosa. Esta enferma tiene una fístula intestinal con abertura en la pared del abdómen, á dos centímetros por encima del ombligo, cuya fístula se formó por la abertura de un absceso tuberculoso del intestino. Padece además, una tuberculosis pulmonar muy extensa, y tiene, por último, una artritis tuberculosa de la rodilla izquierda. Con enfermedad bacilar tan generalizada no resultará aventurado diagnosticar de piosalpinx tuberculosa la masa dura que se percibe en el lado derecho del abdómen, comprobada por la palpación combinada.

Mas á esta larga serie de causas que acabo de relatar se debe un número considerable de inflamaciones crónicas de la pelvis; dos grandes motivos de estas enfermedades los representan la sepsis puerperal y la blenorrágica.

Hasta hace poco se le atribuía á la infección puerperal el mayor contingente de enfermedades de los órganos de la pelvis, tanto que muchos autores la creen casi exclusiva. Bermutz dice que de 20 casos se deben creer que 17 son originados por el puerperio, y Frarie creyó que el flegmón del ligamento ancho era siempre producido por sepsis puerperal (1). Pero si así pudo ser antes de las limpiezas quirúrgicas de nuestros tiempos, ahora no se concibe tan grande número de esta clase de afecciones por semejante causa. Bueno es que sean muchas las enfermas así invadidas, mas se estima al presente en mayor número las que origina la blenorragia.

Muchos ginecólogos vienen diciéndolo, que esta es la infección que más enfermas de los órganos sexuales registra. Mientras que en unas estadísticas—las alemanas—resulta del 18 al 25 por 100 de lesiones anexiales por gonocosia, otras—las inglesas y americanas—las hacen elevar al 70 por 100 las mujeres que padecen lesiones crónicas de la pelvis, por causa de la infección blenorrágica. De las 300.000 prostitutas

(1) Etude sur le phlegmon des ligaments large—Paris 1866.

que se registran en los Estados Unidos, mueren 40.000, de cuya cifra de defunción el 25 por 100 es á causa de infecciones gonococianas.

No hay que esforzarse, pues, para demostrar más todavía que la mayor parte de las inflamaciones crónicas celulares y del peritoneo pelviano son producidas por las infecciones puerperales y blenorrágicas.

TRATAMIENTO

Como acontece en muchas otras enfermedades quirúrgicas, en las que tratamos hay procedimientos médicos ó no cruentos que tienen preciadas indicaciones, en cuyos casos es absolutamente necesario emplearlos.

Es sabido por todos los ginecólogos que el reposo de las enfermas produce grandes beneficios en todas las afecciones de esta especialidad, y más que en ninguna otra en las inflamaciones y congestiones pelvianas es causa de alivio y hasta de curación, en los casos leves y no infecciosos.

Otro medio eficaz lo constituyen los revulsivos; vejigatorios y cauterizaciones galvánicas en la pared abdominal.

Las inyecciones muy calientes de agua, de larga duración, son de un valor inestimable y en los últimos tiempos se ha escrito mucho de su eficacia y utilidad. En efecto, en mi práctica he obtenido resultados inesperados en inflamaciones del suelo de la pelvis y en exudados serosos considerables.

Los supositorios por la vagina con glicerina é ictiol son muy útiles y eficaces. También sirven en las parametritis y pelvicelulites las sangrías locales del cuello uterino. Los raspados y las inyecciones calientes intrauterinas proporcionan á veces curaciones muy brillantes sobre todo cuando son perimetritis de origen linfático.

En los exudados crónicos da buenos resultados el *massage*, lo mismo que en los edemas inflamatorios agudos que no tiendan á supurar.

En las enfermas débiles deben acompañarse estos tratamientos locales de una medicación general reconstituyente; los glicero-fosfatos y los hipofosfitos asociados á la estricnina me han dado excelentes resultados.

Así mismo, como estas enfermas suelen aquejar retenciones pertinaces de vientre, les aconsejo lavados diarios del recto con agua caliente y glicerina ó cloruro de sodio y supositorios de glicerina por el recto también.

Son de una aplicación muy estimada, las aguas minerales clorura-

da sódicas ó sulfurosas débiles templadas, así como las sulforosas arsenicales de Carratraca, como moderadoras de la nutrición.

Del tratamiento hidro-mineral bien dirigido debe esperarse mucho en las inflamaciones pelvianas, cuando no haya un foco de supuración.

Por último, el tratamiento por la electricidad proporciona muchas é inopinadas curaciones.

Más pronto y sin acabarse de conocer este sistema, se ha abandonado antes de lo que la razón y la experiencia aconsejan.

Las corrientes galvánicas tienen eficacia grandísima para curar muchas oforo-salpingitis, celulitis pelvíana difusa. peri-metro-salpingitis serosas, etc., etc. El polo negativo, activo, de una corriente galvánica aplicado á la vagina ó al cuello uterino, tiene acción resolutiva bastante para quitar las inflamaciones y hacer reabsorverse los exudados serosos. Una corriente moderada de 15 á 25 miliamperes aplicando el otro polo, el positivo, al abdomen sobre la masa tumoral ó inflamada, en sesiones de 15 ó 20 minutos, produce muchas veces excelentes resultados.

Lo mismo en los casos de dolor pelviano es de grandísima eficacia una corriente farádica analgésica y lo es muy positiva la que se deriva de una bobina de alta tensión.

También tengo experiencia personal de estos tratamientos eléctricos y cuando enfermas no asistidas antes por mí, cuyos dolores pelvianos las obligaban á estar sometidas continuamente á la morfina, sin conseguir la curación de sus tenaces enfermedades, las corrientes galvánicas, para curar el mal, y las farádicas para quitar el dolor, han triunfado de situaciones que revestían los mayores estados de infelicidad y de dolores.

Es un axioma para mí, ciertísimo, que no hay analgésico mejor—después de la morfina—que la corriente farádica, derivada del alambre largo y delgado de una bobina.

*
* *

Mencionados someramente estos tratamientos, pasaremos á ocuparnos de las operaciones que más se emplean en tales enfermedades. No he de tratar de aqnellas que han pasado ya y que pertenecen á los comienzos de la Ginecología; sólo pueden figurar como un sumario histórico las perineostomias transversal y vertical, la incisión parasacra, la reseccion del coccis y del sacro, la incisión del recto..., estas operaciones pasaron para no volver á practicarse más.

La punción exploradora con trocar ó aparatos espeeiales, seguida de dilatación no se emplea; mejor es hacer una aspiración con una

aguja de mediano calibre por el fondo de Douglas y si el contenido es purulento se practicará una sección vaginal. Se hará después un lava-do antiséptico con moderada presión y se colocará un tubo de desa-güe ó tiras de gasa iodofórmica. Cada 24 ó 48 horas se renovará la cura, según la mayor ó menor supuración.

Recientemente, en la Academia de Medicina de Nueva York (1), mi amigo el Dr. E. H. Grandin, abrió la discusión sobre *The Scope of Vaginal Section*, y del debate de este tema bien determinado resultó que si unos ginecólogos son demasiado partidarios de la sección abdominal, otros abogan exageradamente por la vaginal.

Acontece con estos dos métodos de operaciones que la disposición, destreza ó hábitos de los cirujanos les hace seguir una ú otra vía, más por sistemas que por fuerza de razón ó de conveniencias. Sin embargo, precisas resultan las indicaciones en muchos casos, y entonces debe seguirse el procedimiento que aconseja la ciencia.

En los abscesos pelvianos extraperitoneales es el mejor medio la sección por el fondo de Douglas.

Cuando el pus de un absceso del ovario ó de una pio-salpinginx, se halle cerca de la vagina, también deberá tratarse por la sección vaginal.

En los quistes ováricos pequeños y sin adherencias puede seguirse el mismo método.

En los casos de ectópica gestación también puede hacerse una aber tura del saco de Douglas, como insición exploradora, y si no hay hematocele pelviano se completará la operación; en otro caso, se hará una laparotomía. En los fibromas uterinos de reducido volumen y que estén implantados en la pared posterior del cuerpo de este órgano, cerca del fondo del saco, pueden extraerse por la sección de la vagina.

Algunos ginecólogos no están conformes en considerar la sección del fondo de saco de Douglas para las miomectomías, como procedimiento para las inflamaciones y supuraciones pelvianas; pero al fin no es otra la operación que se practica.

Sirve igualmente, como tratamiento paliativo en las supuraciones incurables, la insición vaginal.

Son casos para tratados por la sección abdominal en los que exista supuración en ambos ovarios ó en los ligamentos, si hay infiltración purulenta del tejido celular pelviano ó si se supone que debe extirparse la envoltura del saco supuratorio. Asimismo, cuando existan varios focos purulentos, será preferible una laparotomía, igualmente en los

(1) Sesión del 25 de Noviembre de 1902.

hematoceles pelvianos y en los flemones de los ligamentos anchos; cuando haya adherencias con los intestinos, el mesenterio ó los epiploones. En los fibromas uterinos que radiquen por encima del cuerpo de este órgano, anque sean pequeños, y en los embarazos ectópicos y se suponga la existencia de un hematocele no supurado.

Tales son los casos más generales en que se debe establecer una elección del método que se haya de emplear

Progresos efectivos fueron de la Ginecologia la incisión abdminal de Lawson Tait, de Birmingham, para las supuraciones de los ligamentos, publicada en 1883, y la sección vaginal de Wm. F. Pryor, de Chicago, dada á conocer en 1880 ¡Ambos geniales cirujanos arrebatados prematuramente á la ciencia, cuando todavía pudieron dar más grandes impulsos á la Ginecología y beneficios sin cuento á la humaninidad!

Las ventajas que ofrece la sección vaginal son las siguientes: no tan grande el choque de la operación, el peritoneo soporta más bien las operaciones en la pelvis que en los otros puntos de su grandísima extensión, es el desagüe natural de las colecciones pelvianas; evita la cicatriz abdominal; la convalecencia es más rápida y no hay el peligro de la hernia natural del abdomen, aunque ahora, con los perfeccionados métodos de suturas no es frecuente, como en tiempos anteriores de la laparotomía.

En cambio, la sección abdominal permite un campo operatorio más extenso, los procedimientos son más exactos y el cirujano tiene un dominio y seguridad de cuantos accidentes se puedan presentar.

La celiotomía vaginal ideada por el Dr. J. Riddle Goffe, y que tanto se ha practicado por algunos cirujanos en el año anterior, tiene la ventaja de agrandar el campo operatorio «permite ver ahora lo que antes sólo se podía tocar«, según gráficamente dice su autor. Por la sección vaginal se opera en una cavidad obscura, mientras que por la colpotomía de Goffe «se trabaja á la luz y en presencia de lo que convenga hacer.»

Consiste el procedimiento de este autor en que, en vez de limitarse á la incisión del saco de Douglas, la extienda hasta la pared anterior de la vagina, y con esto asegura un campo de operación mayor que le permite actuar libremente sobre los ovarios ó las trompas.

En muchas ocasiones se necesita practicar una laparotomía, y la sección *per vaginam*, combinadas, por grandes focos de supuración ó adherencias, sobre todo, que son muy frecuentes en las infamaciones crónicas pelvianas.

Quedan por tratar las mutilaciones de órganos sanos, que algu-

nos ginecólogos, antes más que ahora, solían hacer para conseguir una fácil y rápida curación,

Será un mal procedimiento extirpar los ovarios no estando ambos enfermos, aunque se encuentren envueltos en supuración; lo mismo acontece con la matriz que, por ser asiento de una inflamación (no gonocociana) se extirpe como medio de curación.

En estos casos, la esterilidad en la mujer, ó una anticipada menopausia, son causa de enfermedades nerviosas, á veces muy serias, y siempre de gran disgusto en la vida de la mujer jóven y en las relaciones sexuales.

Así acontece que en los países donde las leyes dan más amplitud á las causas de divorcio, las enfermas desposeídas de los órganos de la generación son las que originan mayor contingente de separación de los cónyuges.

La extirpación de ambos ovarios produce la atrofia uterina. La de la matriz acarrea la debilidad del canal vaginal.

Cuando se pueda deberá dejarse un ovario ó parte de él; en este último caso se registran operadas que después han concebido.

El Dr. Oastler publica 150 operaciones conservadoras por inflamaciones pelvianas, y asegura que todas siguieron con sus funciones genésicas, resultando embarazada una por cada cinco de las operadas.

El Dr. Palmer Dudley refiere 190 casos, de los cuales 28 enfermas se hicieron embarazadas; 23 parieron y cinco abortaron.

Tal es la síntesis de la patogenia y el tratamiento de las múltiples afecciones que acabo de exponer.

Discussión.

Mr. J. L. FAURE (Paris): Tous les procédés d'hystérectomie abdominale n'ont pas la même valeur, ou plutôt la valeur de chacun d'eux varie beaucoup suivant les cas auxquels on l'applique, et tel procédé qui sera excellent en présence de certaines lésions anatomiques, pourra devenir détestable en face de lésions différentes.

Nous ne devons donc pas, dans le choix des procédés à mettre en œuvre, nous laisser guider par nos habitudes ou nos préférences personnelles, mais bien par la nature même des lésions que nous avons sous les yeux et par la disposition anatomique des parties malades que nous voulons sacrifier. Ces questions techniques sont capitales. Une hystérectomie, très simple si l'on sait choisir le procédé le mieux approprié aux lésions en face desquelles on se trouve, peut être extrêmement difficile et presque impraticable si l'on s'obstine à en emplo-

yer un autre. La première façon d'agir donnera des succès, la seconde pourra conduire à des catastrophes. Il n'est donc pas inutile de connaître les règles qui doivent, à mon sens, guider le chirurgien dans le choix de ses procédés opératoires.

Et d'abord, en dehors des cas de cancer, il faut toujours pratiquer l'hystérectomie subtotale, Il ne me paraît pas contestable, ne fût-ce que par la simplicité de l'hémostase, qu'elle soit infiniment supérieure à l'hystérectomie totale.

Dans le cancer il est de toute évidence qu'à moins d'impossibilité matérielle, il faut enlever en bloc l'utérus et la partie supérieure du vagin. On ne peut sectionner celui-ci dans de bonnes conditions que lorsque l'utérus et le col utérin lui-même ont été parfaitement isolés des parties voisines et en particulier des uretères. Cette dissection ne peut se faire avec méthode et sécurité qu'en descendant peu à peu de chaque côté et de haut en bas, du fond vers le col, le long des bords de l'utérus et en l'isolant progressivement des parties voisines. Je n'insiste pas davantage sur ce point.

Dans tous les autres cas, je le répète, c'est à l'hystérectomie subtotale qu'on donnera la préférence. Ces cas rentrent d'ailleurs dans deux catégories seulement, celle des fibromes et celle des annexites, auxquelles on peut rattacher les tumeurs et les néoplasmes des annexes et des ligaments larges. Lorsque ces annexites et ces tumeurs sont bilatérales, elle doivent, en effet, entraîner le plus souvent le sacrifice de l'utérus.

Je crois pouvoir poser en principe que, toutes les fois que l'on peut priver l'utérus de ses attaches inférieures et l'attaquer de bas en haut ainsi que les annexes qui lui sont fixées, on se heurte, pour l'enlever, à des difficultés infiniment moins grandes que lorsqu'on l'attaque de haut en bas.

C'est un fait évident pour tous ceux qui ont quelque habitude de la chirurgie pelvienne.

Si nous voulons opérer avec facilité nous devons donc employer les procédés qui nous permettront le mieux *d'attaquer l'utérus et les annexes par leur pôle inférieur.*

Pour les *fibromes* rien n'est plus simple.

Si le fibrome est mobile et facile à attirer et à basculer en avant, un coup de ciseaux attaquant l'utérus par derrière. au niveau de l'isthme, sépare le col du corps. L'utérus, dès lors, ne tient plus que par les ligaments larges. La main droite, passant entre le col et le corps, d'arrière en avant, ramasse le ligament large droit qui est tranché d'un coup de ciseaux. L'utérus est alors basculé à gauche, le ligament large

gauche saisi, pincé et coupé en dehors des annexes, et l'utérus est ainsi enlevé en quelques secondes à peine. C'est l'*hystérectomie par section première du col* ou par *décollation* que j'ai décrite il y a trois ans.

Si le fibrome est enclavé, adhérent en arrière et impossible à attirer, on pratiquera encore la décollation, mais, cette fois-ci, en attaquant le col par le cul-de-sac vésico-utérin, d'avant en arrière. Le col sectionné, on attirera vers le haut le pôle inférieur de l'utérus et on pourra ainsi, le plus souvent, terminer très facilement une opération très difficile par tous les autres procédés.

Enfin si l'utérus, sans être enclavé, sans être adhérent, se laisse mal attirer en haut et si le col est inaccessible, on donnera la préférence au *procédé de Kelly*. On descendra de haut en bas, à travers un des ligaments larges, pour gagner le pôle inférieur de l'utérus. Arrivé au niveau de l'isthme, on tranchera le col et on terminera l'opération en renversant l'utérus et en le décollant, cette fois de bas en haut. Ce procédé est excellent parce que, au moins pendant la seconde moitié de l'opération, il remplit les conditions idéales d'une extirpation facile en permettant le décollement de bas en haut des organes à enlever.

Mais c'est dans les *affections des annexes* justiciables de l'hystérectomie, qu'il est surtout nécessaire de varier sa façon de faire suivant les lésions observées.

Dans les cas faciles: ovaires-scléro-kystiques, tumeurs ovariennes doubles, annexites non adhérentes ou de faible volume, l'*hystérectomie par décollation* est le procédé idéal par sa simplicité et sa rapidité. Il s'exécute comme pour les fibromes mobiles, et c'est lui que je recommande, parce que c'est lui qui permet de pratiquer le plus simplement, de bas en haut, le décollement bilatéral des annexes.

Si, comme il arrive bien souvent dans les annexites, un des côtés est très adhérent et que l'autre soit, au contraire, facile à détacher des parois pelviennes, c'est le *procédé de Kelly* auquel nous donnons, en France, le nom de *procédé américain*, qu'il faudra choisir.

Il sera facile, en effet, de descendre de haut en bas du côté le moins malade, en séparant les annexes des parois pelviennes, d'arriver sur l'isthme, de trancher le col et d'attaquer le côté difficile de bas en en haut, comme il doit être attaqué.

Mais, si les deux annexes sont très adhérentes aux parois pelviennes et difficiles à décortiquer, le procédé de Kelly devient insuffisant, du moins pour la première moitié de l'opération, puisqu'il ne permet pas d'attaquer de bas en haut det des annexes qu'il est très difficile de

décoller autrement. Celles-ci doivent être attaquées toutes deux de bas en haut et abordées de dedans en dehors. Mais, pour y parvenir, il est nécessaire de se donner du jour au centre du bassin et de se débarrasser de l'utérus. C'est ce que fait Terrier qui, laissant les annexes en place, enlève l'utérus et s'attaque ensuite aux annexes qu'il décolle de chaque côté de dedans en dehors et de bas en haut. Ce procédé est parfait lorsque les annexes n'adhèrent pas à l'utérus et que celui-ci est facile à isoler.

Mais les cas sont nombreux dans lesquels les annexes collées aux parois pelviennes et aux intestins, adhèrent également à l'utérus dont il est très difficile de les séparer. C'est dans ces cas compliqués avec adhérences bilatérales étendues qu'il ne reste plus qu'un parti à prendre et un procédé à employer. Il faut sectionner l'utérus sur la ligne médiane du fond sur le col, jusqu'à l'isthme. Arrivé à l'isthme on coupe transversalement chaque moitié utérine, qu'on renverse vers le haut. Le centre du bassin est ainsi désobstrué et il est facile d'attaquer de dedans en dehors et de bas en haut les annexes malades qu'on décolle en général facilement et qu'on enlève avec la moitié utérine correspondante. Et, dans ces cas difficiles, l'*hémisection utérine* permet de faire avec facilité des opérations presque impraticables ou tout au moins trés difficiles par tous les autres procédés.

On se trouvera bien, dans certains cas, de combiner entre eux ces divers procédés. Dans une annexite double dont un côté, par exemple, est très adhérent à l'utérus et aux parois pelviennes, tandis que l'autre n'adhère que médiocrement à l'utérus, on pourra passer entre l'utérus et les annexes du côté peu adhérent, comme Terrier, gagner le col, le sectionner en travers, enlever par bascule latérale l'utérus entier et les annexes adhérentes, comme Kelly, et garder pour la fin les annexes primitivement séparées de l'utérus, et que la désobstruction du bassin permet d'attaquer par dedans et de bas en haut.

Ce qu'il faut, c'est avoir la conception claire du but à atteindre, et s'arranger de façon à gagner, par le chemin le plus court et le plus facile le pôle inférieur de l'utérus et des annexes. On y arrivera facilement si l'on conçoit bien et si l'on emploie judicieusement les quelques procédés très simples dont je viens de parler: la décollation utérine, le procédé américain de Kelly, l'extirpation préliminaire de l'utérus de Terrier et l'hémisection utérine.

Dr. EUGENIO GUTIERREZ (Madrid).—Sin temor á ser desmentidos, podemos decir que los casos de inflamaciones crónicas peritoneales y celulares de la pelvis son los que con más frecuencia ponen

á prueba la paciencia y la pericia del ginecólogo, á la vez que comprometen la existencia de la mujer ó la convierten en valetudinaria de por vida y la inhabilitan para llenar las altas fines de la perpetuación de la especie. Y es que, á pesar de los innegables progresos realizados en la especialidad por experimentadores y por clínicos, todavía quedan muchos puntos oscuros en la historia de estas lesiones y muchas incertidumbres en su terapéutica.

Si es bien conocida la patogenia de los procesos inflamatorios que se desenvuelven en el tejido conjuntivo pelviano, gracias á los modernos estudios de Bumm, de Wertheim, de Menge, de Krönig, de Hartmann y Morax, de Fristsch, de Traube, etc., así como también la evolución y las distintas modalidades que dichas inflamaciones pueden ofrecer, facilmente explicables después de la perfecta noción aportada por la anatomía con el método de los cortes en piezas congeladas, no es tan claro el concepto de los clínicos acerca de la importancia de las celulitis crónicas, sean ó no puerperales, á pesar de los notables trabajos de Freund, por cuanto los esfuerzos de la terapeutica se han dirigido á combatir una de las terminaciones del proceso inflamatorio, la supuración, no viendo en todo él más que la entidad patológica *absceso pelviano*. Y esto que ha ocurrido con las inflamaciones primitivas del tejido conjuntivo parece tiende á generalizarse á las inflamaciones del peritoneo pelviano en las que aquél toma parte con tanta facilidad.

Desde el momento en que los agentes, hoy perfectamente conocidos, de la infección, determinan por continuidad ó por contigüidad un proceso inflamatorio en los anejos, el peritoneo no puede sustraerse á su influencia y reacciona de un modo más ó menos violento, en relación con la virulencia del agente patógeno y con las condiciones de resistencia de los tejidos en aquel momento preciso. Si el ataque ha sido intenso, difícilmente deja de afectarse la capa conjuntiva subserosa; y si el término del proceso es la supuración, el tejido conjuntivo pelviano contribuye por su parte de una manera activa á la defensa natural que organiza el peritoneo con sus exudades para aislar el foco purulento, reforzándolo de una barrera infranqueable que le aisla del resto del organismo y hace que no lleguen á su interior elementos nutritivos que pueden sostener la vida de los agentes infecciosos, obligándoles á morir por la acción deletérea de sus propias toxinas.

Pero no en todos los casos suceden los casos de este modo. Son muchas las jóvenes que, al llegar á la época de la pubertad y cuando entra realmente en función el aparato genital interno, acusan molestias cada vez más acentuadas, en la cavidad pelviana, las cuales adquieren mayor intensidad después del matrimonio, hasta que su mis-

ma persistencia y el retraso de una deseada concepción obligan á la recién casada á buscar remedio para sus sufrimientos, pudiendo entonces observar el ginecólogo las consecuencias de un proceso inflamatorio lentamente elaborado en el peritoneo ó en el tejido conjuntivo de la pelvis y que se traduce por retracciones fibrosas en los ligamentos cardinales y en los repliegues serosos, que desvían la matriz de su posición normal, ó en bridas y adherencias que sujetan unos á otros los distintos órganos alojados en la excavación y cuyas funciones están dificultadas ó pertubadas.

La patogenia de estas lesiones no podemos buscarla sin forzar extraordinariamente los hechos, en una infección exógena ocasionada por el matrimonio, pues que aquéllas preexisten, sin que nos sea dable determinar la fecha; y, ó las atribuimos á vicios de conformación congenitos ó á traumatismos ocurridos durante los juegos de la infancia ó lo que es más probable, á infección endógena colibacilar. Llamándonos la atención la frecuencia de las desviaciones uterinas y de algunas lesiones anexiales en las jóvenes, sin que en buena lógica pudiésemos señalar como causa de los procesos inflamatorios peritoneales y conjuntivos que las determinaban, una infección aportada por el marido, hubimos de inquirir entre los antecedentes de las primeras edades la existencia de alguna infección intestinal; y con efecto, en la generalidad de los casos había historia patológica de esta naturaleza. Uniendo ahora el hecho de haber encontrado en tres casos de supuración ó absceso pelviano el *bacillum coli* completamente aislado como responsable de este proceso y estando demostrado el paso de este germen desde el intestino al tejido conjuntivo subseroso y á la cavidad peritoneal, creemos que no pueden explicarse de otro modo la perimetritis y la parametritis crónicas de muchas jóvenes solteras y cuyos vestigios somos llamados á reconocer después del matrimonio. Claro está que han de exasperarse estas lesiones con la serie de trastornos que este cambio de vida trae consigo, y mucho más si en este terreno tan bien dispuesto y de tan escasa resistencia viene á ingertarse una infección de las que tanto abundan por desgracia en la juventud. Por esto merece toda nuestra atención este punto de vista especial en el estudio de las inflamaciones crónicas peritoneales y celulares de la pelvis; muy distinto del que ofrecen las que suceden á las infecciones del *puerperio* y á las de los anejos por el gonococo, y asimismo se separa bastante del que sirvió á Freund para la creación de la forma crónica difusa que él llamó atrofiante.

Si el término de estas inflamaciones celulares y peritoneales es la supuración, el Arte ha progresado lo bastante para encontrar el me-

dio de dar salida al pus y facilitar la resolución de los exudados que le acompañan, valiéndose unas veces de la colpotomía, otras de la laparotomía, algunas de la incisión subperitoneal, ó bien empleando procedimientoe más radicales como la extirpación de los anejos supurados y causantes de la inflamación peritoneal y aun la misma castración total cuando el proceso es difuso. De todos estos recursos nos hemos valido en muchas ocasiones con suerte varia. Pero, hay casos en que la naturaleza se adelanta al arte en el proceso de eliminación, y las enfermas se nos presentan después de llevar bastantes meses, y aun años, con una fístula pelvirectal, por donde fluye constantemente el contenido de un absceso ovárico, tubárico ó simplemente peritoneal, que dió lugar á una extensa inflamación, cuyos exudados se han hecho esclorósicos, han inmovilizado los distintos órganos intrapelvianos y han determinado una estrechez rectal de tal naturaleza, que apenas permite la evacuación de los materiales excrementicios más pequeños. Entonces hemos recurrido á la laparotomía unas veces, á la colpotomía y drenaje otras, y hemos podido comprobar la ineficacia de estos medios, por ser imposible con la primera, sin gravísimo riesgo para la vida de las enfermas, la extirpación de los anejos supurados, envueltos en una masa de exudados que los unen fuertemente á las asas intestinales por una capa lardacea y friable, cuya destrucción trae consigo la perforación de aquéllas; y con la segunda, ó sea con la colpotomía, tampoco nos ha sido posible llegar al foco purulento á través de un tejido esclerosado, en el que toda diferenciación resulta ilusoria, con lo cual es muy fácil herir el recto.

Y estos hechos se repiten con relativa frecuencia y constituyen un martirio continuado para las infelices enfermas, sin que hasta el presente se hayan establecido las reglas de conducta que el ginecólogo debe seguir para combatirlos, pues ni en la magnífica obra de Howard A. Kelly (cap. XXVII, 7-II), á pesar de ser la más completa en variedades de intervención y la más práctica en este asunto particular, está resuelta la cuestión que planteamos.

Si de los casos de supuración, pasamos á los de exudados inflamatorios de la capa subserosa con tendencia á la esclerosis, vemos que son rebeldes á todos los tratamientos y persisten por largo tiempo ocasionando sufrimientos grandes á las enfermas, trastornos en la función mensual por comprensiones vasculares, infiltraciones en el parenquima uterino, perturbaciones gastro-intestinales y aun nerviosas de distinta índole y gravedad.

Hasta la fecha son muchos los medios recomendados contra unas y otras formas inflamatorias crónicas peritoneales y celulares. El *ictiol*

intus et extra, las aguas clorurado-sódicas, las irrigaciones vaginales y duchas muy calientes, los enemas rectales cortos de agua á 50 por 100, el masage, el método de Dützmann de las aplicaciones de aire caliente á la manera que lo empleaba Bier para las inflamaciones articulares; el método de Pincus fundado en la posición declive y la comprensión por medio del mercurio, etc., etc.

Nuestra experiencia nos permite afimar que, en los casos de inflamaciones pelvi-celulares no esclerósicas y en los cuales no había foco purulento susceptible de intervención quirúrgica, hemos obtenido grandes y relativamente prontos resultados con el método de Pincus, sustituyendo el anillo de mercurio por un tapón de gasa esterilizada lleno de perdigones del núm. 10 introducido en la vagina, ayudando la compresión con otro saquillo del mismo material colocado sobre la fosa iliaca correspondiente y cuyo peso graduamos hasta dos kilos (máximum que las enfemas pueden resistir) y con la posición declive semi-Trendelenburg. Cada veinticuatro horas es preciso sacar el tapón vaginal, concediendo un intérvalo de diez horas de descanso á la enferma durante el día, practicando una irrigación vaginal. En la estación apropiada enviamos á estas enfermas á un establecimiento hidro mineral (Medina, la Muera ó la Toja en España; Salies-de-Béarn en Francia).

En las perimetritis y celulitis esclerósicas de las jóvenes como en los casos de estrechez rectal por condensación de los exudados retrouterinos, ninguno de los medios descritos responde mejor que el masage vibratorio, repetido tres veces por semana, pero sus resultados son, sin embargo, incompletos.

Al conocer los ensayos practicados por Kaposi y Juliusberg con la tioxinamina en los casos de queloides cicatricial y de esclerodermia, juzgamos que dicho medio tendría gran indicación en las inflamaciones conjuntivas y peritoneales esclerósicas de la pelvis y hemos comenzado á emplearlo bajo la forma de inyecciones submucosas. Desechamos la solución recomendada por Kaposi al 2 por 100 por poco eficaz y ahora usamos la de Juliusberg (solución glicerinada al 10 por 100) de la que inyectamos primero un centímetro cúbico que luego aumentamos á 2 y á un 3 en las paredes laterales de la vagina cerca de los fondos y bajo la mucosa vaginal previamente desinfectada. Aunque no podemos todavía garantizar la eficacia del remedio por tenerlo en ensayo y ser incompletas las observaciones, desde luego aseguramos que es inofensivo y que se obtiene mejoría con su empleo.

CONCLUSIONES

I. Muchas desviaciones uterinas y muchos trastornos útero-ováricos en las jóvenes solteras son debidos á inflamaciones crónicas peritoneales y celulares de la pelvis, ocasionadas por el *bacilo coli*.

II. La mayor parte de las inflamaciones celulares y peritoneales de la pelvis, cuyo término es la supuración, se curan por las intervenciones quirúrgicas. (Incisión subperitoneal, laparotomía, colpotomía, extirpación de anejos ó castración total, según los casos).

III. Existen inflamaciones crónicas peritoneales y celulares esclerósicas coincidiendo con un foco purulento no accesible ó que se ha abierto en la parte alta del recto, las cuales no se prestan á ninguno intervención quirúrgica conocida, sin grave riesgo para la vida de la mujer; y en este caso se consideran como incurables.

IV. En las inflamaciones crónicas no esclerósicas y sin supuración apreciable (exudados inflamatorios no muy antiguos) dan buen resultado los medios resolutivos y principalmente el método de Pincus (posición declive y compresión combinada con un saquillo de mercurio ó de perdigón muy fino del diez ó del ocho) á más de los baños clorurado-sódicos termales.

V. Cuando los exudados son esclerósicos á la vez y determinan considerable estrechez rectal, haya ó no fístula, que produce graves trastornos gastro-intestinales, debemos recurrir á las inyecciones subcutaneas ó submucosas de tioxinamina según la fórmula y en las condiciones que la recomienda Juliusberg para el queloides y la esclerodermia.

CONCLUSIONS:

1.ª Beaucoup de déviations utérines et beaucoup de troubles utero-ovariens chez les jeunes filles sont dûs à des inflammations chroniques péritoneales et cellulaires du pelvis, produites par le bacillum coli.

2.ª La plupart des inflammations cellulaires et péritoneales du pelvis, dont le terme est la supuration, peuvent être guéries par l'intervention chirurgicale, (l'incision subpéritoneale, la laparotomie, la colpotomie, l'extirpation des annexes, ou la castration totale, selon les cas).

3.ª Il existe des cas d'inflammations chroniques péritoneales et cellulaires sclérosiques coïncidant avec un foyer purulent, non accessible ou qui s'est ouvert par la partie haute du rectum. Ces inflammations ne se prêtent à aucune intervention chirurgicale connue, sans

grand danger pour la vie de la femme et peuvent être regardées comme incurables.

4.ª Dans les inflammations chroniques non sclérosiques et sans suppuration apréciable (exsudats inflammatoires recents) on obtient un bon résultat en employant les moyens résolutifs et principalement la méthode de Pincus (position déclive et compression combinée avec le petit sac de mercure ou de plomb très fin, nº 8 ou 10) comme aussi les bains thermaux chloruré-sodiques.

5.ª Quand les exsudats sont à la fois sclérosiques et déterminent un considérable retrécissement rectal, avec ou sans fistule qui produit des graves troubles gastro-intestinaux, nous devons recourrir aux injections subcutanées ou submuqueuses de tioxinamine selon la formule et dans les conditions recommandées par Juliusberg pour le queloïdes et pour la sclérodermie.

Discussions.

Mr. DELAUNAY (Paris): L'hysterectomie vaginale ne mérite pas les reproches exagérés qui lui ont été faits et j'en suis resté partisan parce qu'elle m'a donné toujours d'excelents résultats; ce qui ne veut pas dire que toujours et quand même j'opère par le vagin. L'exclusivisme en gynécologie comme partout ailleurs est la pire des méthodes et je n' hésite pas à prendre la voie abdominale dans certains cas. J'opine que pour moi ces cas ne sont pas nombreux, et se limitent a l'étroitesse du vagin ou aux interventions conservatrices, bien que j'ai pu par la voie vaginale faire de la conservation des annexes apres luxation de l'utérus pour de la vulve. J'ai fait des centaines d'hysterectomies vaginales et je n'ai jamais rencontré les énormes difficultés signalées me forçant à limiter mon intervention. Je n'ai jamais rencontré des poches si hautes que je n'ai pu les atteindre; il y a des hysterectomies vaginales difficiles, tout comme il y a des laparotomies pénibles. Dans les cas ordinaires la voie vaginale a l'avantage d'être aussi facile, aussi complète, souvent moins longue et toujours plus bénigne. Lorsqu'il y a du pus, quelques chirurgiens reconnaissent que la voie vaginale est meilleure dans les cas septiques. Mais comment diagnostiquer la septicité? l'abscence de fièvre n'est pas toujours un signe de non virulence et telle malade qui depuis longtemps est apyretique porte un pus à virulence atténuée, mais susceptible encore de reprendre toute sa virulence sur un milieux morveux et de donner une péritonite mortelle. De la technique je n'en dirai qu'un mot qui pour nous a une importance capitale: l'hystérectomie vaginale et l'ablation des annexes dans tous les cas ne doivent être faites qu' avec



les instruments exclusivement et non avec les doigts. Le doigt peut quelquefois être explorateur, il ne doit jamais être extracteur.

Mr. J. L. FAURE (Paris): J'ai beaucoup fait de l'hystérectomie vaginale autrefois. Je l'ai abandonnée, à part dans les cas septiques. Elle me parait en effet, ou excessive en sacrifiant un utérus ou des annexes qui auraient pu être conservés, ou insuffisante en laissant dans le ventre des annexes indécollables, car quoi qu'en dise mon ami Delaunay il est beaucoup plus facile d'enlever et de decortifier des annexes par en haut que par en bas.

Il est possible que Mr. Guttierrez ait trouvé des cas inopérables, personnellement, je n'en ai jamais rencontré. J'en ai vu de très difficiles dans lesquels j'ai mis plus de vingt minutes pour trouver le fond de l'utérus, mais je suis toujours arrivé a terminer l'opération.

Il est cependant des cas dans lesquels il peut y avoir de très grandes difficultés. Ce sont ceux dans lesquels l'utérus est basculé en arrière et adherent au cœlium. Dans ces conditions c'est le col qui se présente le premier et on facilite beaucoup l'opération en pratiquant la section du col d'avant en arrière. Lorsqu'il est détaché, en peut aussi passer d'avant en arrière derrière l'utérus et décoller de bas en haut en achevant ainsi une opération impossible par tous les autres procédés.

Mr. GUTIERREZ (Santiago Chile): En la relacióu del Dr. Martín Gil, de Málaga, he notado que aconseja la laparatomía abdominal para el tratamiento del flemón del ligamento ancho. Yo creo que en este caso todos los cirujanos están de acuerdo para adoptar la colpotomía cuando el absceso sobresale en la vagina, y la laparotomía transperitoneal de Hegar el procedimiento de elección.

Mr. LAPTHORN SMITH (Montréal): Dit qu'il croit qu'on doit soigner les femmes avec patience pendant un an par tous les moyens ordinaires, parce que la résolution souvent se produit et les femmes guérissent complètement. Mais si au bout d'un an la femme se plaint encore de douleurs en marchant et dans le coïtus de sorte qu'elle ne peut pas faire ses devoirs, alors on doit opérer mais d'une manière si complète qu'on ne se voit pas obligé de faire une autre opération ou plusieurs même, un an plus tard. Si la femme a besoin de deux ou trois opérations, on doit les faire toutes dans une séance. Il a coutume de faire à la fois 1.° Dilatation. 2.° Curettement. 3.° Amputation du cervix. 4.° Colponhaphie antérieure. 5.° Colponhaphie postérieure, l'ablation des ovaires, en laissant un petit morceau d'une ovaire si on

la lése. 6.° Ventrifixation, etc. 9.° Appendectomie pour l'appendicite si elle est présente; car on peut faire toutes ces choses dans une heure et demie et la femme va faire une guérison complète sans aucune probabilité d'autre opération. Quant à la question des ovaires sclerotiquès il croit que les femmes qui en avaient méritaient notre sympathie.

Ces infortunées qui vont d'un médecin à l'autre se plaignant de douleurs constantes dans les ovaires souvent atroces et parce que on ne pouvait pas sentir les ovaires, on disait que ces femmes étaient des folles, des neurasthéniques ou qu'elles n'avaient rien. Ces cas sont complètement guéris depuis l'ablation des ovaires.

Quant à l'ablation de ces annexes avec l'utérus par la vagine il est bien opposé à cela parce qu'elle racourcit le vagin et ceci cause des troubles domestiques ou maritales, pires que la maladie. Ainsi l'utérus est utile pour supporter le plancher pelvien et ce pourquoi il préfére faire la ventriponction qui est indiquée dans tous les cas d'ablation des maladies chroniques des annexes quand même il n'y aurait pas de rétraction.

Mr. BETRIX (Genéve): Permettez-moi, messieurs, de remercier en votre nom Mr. Dolèris pour l'intéréssant rapport qu'il vient de nous présenter sur la question si étendue des inflammations pelviennes. En faisant une enquête complète auprès de ses confrères français il nous présente un aperou de l'état de cette question en France. Il sera intéréssant de la comparer avec le rapport sur la même question qui a été présentée au Congrès International de Ginécologie de Genève en 1896 et qui était aussi basé sur une enquête parmi les gynécologues allemands. Il faut aussi féliciter Mr. Dolèris pour la parfaite forme scientifique et manière large qu'il a données à son rapport.

COMMUNICATION

DU DIAGNOSTIC PRÉCOCE DE LÁ GROSSESSE EXTRA-UTERINE

par Mr. GIOVANNI CALDERINI (Bologna).

La grossesse extra-utérine ou ectopique est comme on le sait plus fréquente qu'on ne croyait auparavant. Les connaissances plus étendues que nous possédons aujourd'hui sur cet argument nous les avons acquises par la plus fréquente intervention chirurgicale dans le trai-

tement des maladies de l'abdomen, surtout dans le traitement opératoire des maladies des annexes de l'utérus et de l'hematocele.

C'est par cette voie qu'on a appris que la grossesse extra-utérine tubaire avec ses différentes variétés (interstitielle, isthmyque, ampullaire, tubo-ovarienne) est la plus fréquente, que la grossesse extra-utérine dans la corne atrepsique d'un utérus bicorne se comporte de même qu'une grossesse tubaire; que la cause plus fréquente de l'hématocele interpéritonéale ou souspéritonéale est ou l'avortement tubaire ou la rupture du tube.

L'usage systématique de l'examen combiné a fait beaucoup avancer le diagnostic des maladies des organes génitaux de la femme en générale et de la grossesse extra-utérine en particulier.

En harmonisant les connaissances qu'on a acquises par l'examen des organes génitaux internes pendant l'opération, (diagnostic opératoire) les études faites sur la muqueuse de l'utérus et le comportement de cet organe dans la grossesse éctopique, la structure macro et microscopique des pièces emportées, (diagnostic anatomique) les résultats de l'examen combiné (diagnostic objectif) et les notions anamnéstiques (diagnostic subjectif) on peut arriver à formuler un diagnostic de grossesse extra-utérine dès son commencement.

Il faut l'avouer cependant tout de suite, c'est du reste de même pour la grossesse utérine dans la même époque, le diagnostic ne peut avoir qu'une valeur de probabilité au premier examen et généralement il en faut plusieurs et on est forcé d'avoir recours à tous les moyens dont nous disposons aujourd'hui pour le diagnostic de la grossesse en général et des maladies des organes génitaux, pour établir un diagnostic tel qu'il donne le droit à une intervention opératoire.

Si je ne me trompe pas, la question que le comité d'organisation de ce Congrés a recommandé d'étudier et de discuter a pour but de nous instruire réciproquemment sur les meilleurs moyens qui peuvent nous mettre à même de poser un diagnostic précoce de la grossesse utérine pour prévenir l'apparition de ses différentes modalités de terminaison qui font généralement éclater, en établissant le diagnostic, mais qui malheureusement menacent aussi la vie de la femme et rend, ou urgent ou extrêmement difficile toute sorte d'intervention opératoire et des fois tient le médecin dans un embarras pour prendre une décision entre une intevention immédiate ou bien de la renvoyer à un plus ou moins long délai.

Envisageant la question à ce point de vue nous devons nous borner au diagnostic de la grossesse extra-utérine dés son commencement et iudependamment de ses différentes terminaisons, telles que la mort

de l'embryon depuis peu ou depuis longtemps, l'hemorrhagie du tube, l'avortement tubaire abdominal ou utérin, la rupture du tube de cote du peritoine ou du ligament large, l'hématocele rétro-utérine ou sous péritonéale et indument encore des maladies des organes génitaux qui sont en même temps la cause et une complication de la grossesse anormale. Une fois limité de la sorte l'argument à discuter il n'est pourtant pas moins intéressant, et avant tout, nous devons nous entendre sur un point qu'a trait à l'étiologie de la grossesse extra-utérine, c'est à dire qu'on ne doit pas croire que toute grossesse extra-uterine soit la conséquence des maladies des organes génitaux ou d'anomalies de ces organes ayant bon nombre de cas qui en sont indépendants du moins des maladies connues qui altérent le tube, l'ovaire, ou l'ovule et qui soient diagnostiquables non seulement cliniquement mais aussi anatomiquement.

Dans ces cas mon assistant, le Dr. Patellani pense que la grossesse extra-utérine est l'expression d'une dystéologie fonctionnelle, de la même manière que les anomalies congénitales des organes génitaux, sont l'expression d'une distéologie morfologique et a recueilli à l'appui, le peu de cas connus de répétition de la grossesse extra-utérine dans le même sujet (1) Moericke a embrassé avec enthousiasme cette manière de voir (2) et le Prof. Pestalezza a fait avancer la statistique de cas de grossesse extra-utérine répétée dans la même femme, envisageant l'étiologie à de différents points de vue, en admettant surtout une cause infectieuse ou bien une altération anatomique probablement congénitale. (3)

C'est précisement dans les cas dans lesquels on devrait admettre telle sorte d'étiologie que devrait être relativement facile le diagnostic de la grossesse extra-utérine dès son commencement.

Malheureusement le peu de phénomènes que généralement présentent ces cas retiennent les femmes de se faire visiter par le médecin ou tout au plus elle se présentent, comme il m'est arrivé il y a peu de temps, seulement pour savoir si elles sont en état de grossesse, ou bien elles se font examiner par la sage-femme qui est moins bien préparée à ce diagnostic précoce de la grossesse extra-utérine.

Le cas échéant on trouve à côté de l'utérus une tuméfaction de forme évcidale, élastique, souple, indolore, unie par un trait du tube au

---

(1) Patellani. Due litopedii, uno dei quali preesisteva ad una gravidanza extra uterina recente.» Annali di ostetricia e ginecologia 1893. Dicembre.

(2) Moericke. «Zur Aetiologie des Tubengravidität.» Halle 1900.

(3) Pestalezza. «Sulla gravidanza tubarica recidivante.» Annali di ostetrice e ginecologia, 1901.

coin de l'utérus faisant corps avec lui ou plus ou moins éloignée, généralement unilatérale mobile; l'utérus est un peu augmenté de volume, applati, allégé, la femme à un retard de menstruation ou bien est amménnoroïque depuis deux mois, ou bien elle a des pertes sanguines irrégulières et présente les phénomènes subjectifs et objectifs qu'on trouve dans la grossesse utérine dés son commencement.

La tuméfaction n'est pas une tumeur du tube qui est rare, n'est pas non plus une hydropisie tubaire qui généralement est bilatérale et donne une plus grande distension des parois, des dilatations par place comme dans le gros intestin, a de préférence le caractère des dilatations cystiques et s'accompagne parfois d'hydrorrée, le décours est lent, les phénomènes de grossesse manquent; ce n'est pas non plus une piosalpingite faute des phénomènes qui l'accompagnent.

Le volume de la tuméfaction est proportionné au volume qu'a l'œuf à telle période de grossesse, en conséquence moins grand que celui de l'utérus au même période de grossesse utérine.

A la suite d'un tel résultat de l'examen en rappelant la fréquence de la grossesse extra-utérine on doit dans un tel cas supposer l'existence d'une grossesse extra-utérine tubaire à son commencement. On recommandera en conséquence à la femme des soins hygiéniques, on la visitera plus tard avec beaucoup de ménagement avec préalable évidement du rectum et de la vessie, avec beaucoup d'adresse parce que la pression combinée peut favoriser des hémorragies dans la tube et même parfois la rupture de ces parois; on trouvera la tuméfaction augmentée, l'ovaire abaissé, l'utérus augmenté et oblique du côté de la tuméfaction.

La probabilité de l'existence de la grossesse extra-utérine tubaire est augmentée.

On ne s'en contente pas puisqu'un danger menace cette femme, on veut mieux préciser, on conseille le repos absolu et une fois assuré sur le calme du côté de la femme avec des aides, *lege artis* pour ce qui a rapport à la technique et aux précautions antiseptiques, on pratique l'exploration de la cavité utérine au moyen de la sonde.

Qu'on soit bien averti tout de suite que cet exploration peut aussi réussir et sans danger dans la grossesse utérine; en fait cependant si elle réussit facilement et donne la conviction de la vacuité de la cavité utérine on aura fait un grand progrès pour le diagnostic de la grossesse extra-utérine.

On ne se contente pas, on veut encore mieux préciser, on pratique un raclement limité avec un but diagnostique et on fait l'examen microscopique des petits lambeaux de muqueuse raclées. Il faut dire encore à propos de ce moyen d'exploration qu'il peut réussir et même

sans danger dans des mains exercées, dans un cas de grossesse utérine. Mais la constatation de la vacuité de la cavité utérine préalable ou raclement diagnostique, la liberté des mouvements de la cuillère, la constatation des cellules deciduales formant la partie principale des préparations microscopiques, servent énormèment au diagnostic que nous sommes en train de faire.

Il y aurait un autre moyen à employer, c'est la dilatation du col et l'exploration digitale de la cavité de l'utérus, moyen qui est le plus sur de tous pour la constatation de la vacuité de l'utérus, mais je ne saurais conseiller ce mode d'exploration que je pratique largement dans le traitement des avortements incomplets à cause des risques qu'on fait courir dans le cas spécial à la femme, en conséquence du traumatisme inévitable.

Le diagnostic de la grossesse extra-utérine ayant été ainsi posé, on est autorisé à une céliotomie exploratrice. Je donne la préférance à la celiotomie abdominale, pour des raisons que je dirais à la fin, faisant suivre en cas de diagnostic confirmé l'exportation du tube ou du corn qui est le siège de la grossesse.

Il peut arriver qu'on fait la faute de considérer extra-utérine une grossessé utérine, dans ce cas il y aurait un tube malade à traiter sans que nécessairement arrive l'interruption de la grossesse, on peut encore méconnaitre l'existence d'une grossesse utérine qui soit associée à une grossesse extra-utérine, dans ces cas éliminer cette derniére est la meilleure manière de sauvegarder la grossesse uterine et de placer la femme dans des meilleures conditions. C'est précisement à cause de ces erreurs toujours possibles que je donne la préférence à la céliotomie abdominale sur la vaginale.

De tout ce que je viens d'exposer s'en suit la conclusion suivante: Dans les cas de grossesse extra-utérine qui ne sont pas compliquées par des maladies évidentes des maladies annexielles, tout médecin qui ait l'ocasion d'examiner la femme dans les deux premiers mois de la grossesse peut et doit soupçonner et tout gynécologue, peut prudemment diagnostiquer précocement la grossesse extra-utérine. Et comme celle-ci en vue des grands dangers auxquelles expose la femme qui en est atteinte et pour cette raison on doit la supprimer on est autorisé à ranger parmi les moyens du diagnostic la laparotomie explorative.

Discussion.

Mr. LAPTHORN SMITH (Montreal): Dit que la première chose nécessaire pour faire le diagnostic précoce c'est d'avoir la possibilité de

la condition toujours présente à l'esprit. Il a eu vingt trois cas qu'il a opérés, dont trois sont revenus à la santé, grâce, non pas à l'opération, mais grâce à ses amis qui ont fait le diagnostic si de bonne heure. Même un de ses étudiants après la classe lui a demandé de venir voir la maitresse de pension qui semblait avoir les symptômes qu'on venait de décrire dans la classe. Trois heures plus tard le Professeur Lapthorn Smith a enlevé une belle grossesse extra utérine non rupturée. Les symptômes plus utiles sont: 1.° une femme qui se croit enceinte, mais qui a des hemorrhagies petites et irrégulières bien différentes des règles ordinaires tant en couleur qu'en quantité. 2.° On fait l'examen vaginal et on sent toujours avant rupture une masse qui pousse la matrice de côté. Cette masse est ou un tube fécondé ou une pyosalpinx, ou une tumeur quelconque. Or n'importe quel soit le diagnostic, on ne ferait pas mal d'opérer et d'enlever la tumeur. Que l'on trouve notre soupçon de grossesse extra-uterine vérifiée ou non ce n'est pas si important que d'opérer de bonne heure dans tous les cas de masse dans le pelvis, car plus l'on opére de bonne heure, mieux c'est pour la femme. Tous les Professeurs de gynécologie doivent enseigner que les médecins doivent garder la possibilité toujours devant eux quand ils sont appellés a une femme en syncope ou a une femme qui souffre d'une masse pelvienne. Même après la rupture et quand la femme a un pouls de 160 on peut la sauver en lui ouvrant le ventre. 3.a Si en examinant la femme qui se suppose enceinte et qu'en même temps que la masse dans les tubes on trouve la matrice petite au lieu d'être grandie un, deux, ou trois mois, alors on peut dire que c'est une grossesse extra-utérine et on doit ouvrir le ventre.

Dr. MARTIN AGUILAR (Granada): Tres circunstancias pueden ofrecerse al médico para hacer el diagnóstico del embarazo extra-uterino: la mujer se halla en periodo acataclismico, en periodo cataclísmico ó en periodo postcataclismico. Es en el primer caso cuando el diagnóstico precoz tiene ocasión de realizarse. Hay la dificultad de que la inmensa mayoría de los casos no se presentan á la exploración médica. Si por excepción se ofrecen á la exploración, entonces el profesor se encuentra con un conjunto de síntomas de los cuales no hay ninguno que por sí solo pueda darnos la certeza del embarazo extra uterino. Todos los signos tienen un valor relativo, pero no absoluto. La amenorrea, la hemorragia, la expulsión de la caduca, los vómitos, la existencia de un tumor elástico antero-lateral al útero, el reblandecimiento del cuello y la vacuidad uterina tienen en conjunto un valor diagnóstico que no podemos calificar de *absoluto*, pues en casos ó por

motivos diferentes encontramos en clínica estos signos. Claro está que cuando todos ellos se ofrecen en conjunto al profesor y hay falta de signos de otras enfermedades á los que pudieran corresponder; entonces es mayor el grado de certeza que proporcionan.

El dato objetivo de la existencia de un tumor elástico autero-lateral que rechace del otro lado un utero agrandado, reblandecido y vacío tiene á nuestro entender el mayor valor en el cómputo que hacemos de los signos del embarazo ectópico, pues hay que tener presente que no siempre es facil constatar al útero al lado del tumor.

Mr. PINARD (Paris): Au risque de paraitre banal, en tenant un langage prudhommesque je tiens a répétér ici que pour moi le premier signe apparent de la grossesse ectopique consiste dans la *suppresion des règles* contrairement à ce qui a été écrit par un aussi grand nombre d'auteurs, la menstruation n'éxiste pas plus pendant la grossesse utérine que pendant la grossesse extra-utérine. Il y a souvent des hemorrhagies pendant la grossesse ectopique, il n'y a pas de règles. Donc chaque fois que l'on se trouve en présence d'une femme qui a eu une suppresion des règles, on doit toujours penser à l'hypothése probable d'une grossesse.

Les différents troubles fonctionnels ou les symptômes locaux permettent ensuite de faire le diagnostic différentiel entre la grossesse utérine et la grossesse extra-utérine.

La conaisasnce que nous avons maintenant des modifications que subit l'utérus pendant la grossesse extra-utérine (hypertrophie des parois de l'organe et ramollisement du col jointe à la constatation d'une tumeur peri-uterine permet dans la pluralité des cas de faire le diagnostic probable de grossesse extra-utérine dès le début. Le développement inégal de l'utérus et de la tumeur constatée substitue bientôt la certitude à la probabilité et permet de poser de très bonne heure l'indication formelle d'une intervention.

Mr. CALDERINI (Bologna): Il me parait que Mrs. les collègues qui ont pris la parole sur ma communication ont confirmé ce que j'ai dit et surtout l'utilité de supçonner l'existence de la grossesse toutefois qu'il y a suppression des règles (Smith, Pinard), grossesse qu'on soupçonne extra-utérine à la suite de l'examen objectif, et qu'on est autorisé de se servir de la laparotomie exploratrice pour complèter le diagnostic en vue des dangers auxquels sont exposées les femmes qui ont une grossesse extra-utérine.

L'ETIOLOGIE, PROPHYLACTIE ET LETRAITEMENT DES RUPTURES DE L'UTERUS PENDANT LES COUCHES

COMMUNICATION

Par le Dr. **NICOLAS IVANOFF** (Moscou).

CONCLUSIONS.

1. La plupart des ruptures en présence du placenta praevia sont produites par un acte de violence.
2. La plupart des ruptures acompagnant la position transversale sont produites par acte de violence.
3. Dans la position transversale de l'enfant avant le secours opératoire de la part d'un accoucheur, des tentatives maladroites pour faire accoucher la femme ont été faites, il y eut prédisposition à la rupture pendant l'opération.
4. Le crochet de décapitation de Braun, instrument très imparfait, peut deviner une cause de rupture.
5. La plupart des ruptures produites violemment se trouvent sur l'un des côtés du col; elles ont la tendance à se produire longitudinalement et de pénétrer dans le tissù cellulaire des ligaments larges.
6. Les ruptures en présence d'une hydrocephalia, outre la distention et l'amincissement de la paroi utérine, qu'il produit, se produisent souvent, parce que cet état de l'enfant a été reconnu trop tard.
7. Dans les cas où il existe un rétrécissement du bassin, une rupture peut arriver sous l'influence de la distension de la partie inférieure de la paroi de l'utérus et de l'usure, que produit la tête par le frottement contre la paroi du bassin dans les endroits, ou celle ci présente soit une concavité anormalement réduite, soit même une convexité anormale faisant plus ou moins saillie dans la cavité du bassin.
8. Un bassin rétréci prédispose naturellement les parois utérines à la rupture en la modifiant par les cicatrices formées à la suite de la pression et de l'usure pendant les couches antérieures.
9. Des ruptures spontanées dans les cas de bassins aplatis se produissent presque toujours dans la partie supravaginale du col de l'utéros transversalement; le temps écoulé depuis le commencement de l'acte de l'accouchement et la rupture, est d'ordinaire trés court.
10. Les cas dits de «colpaporrhexis» ne sont dans la grande majo-

rité des cas que des ruptures transvarsales de la partie supravaginale du col de l'utérus.

11. Dans les cas de bassins rétrécis, s'il y a eu plusieurs accouchements laborieux et plusieurs opérations dificiles, le traitement selon la méthode conservatrice présente des dangers, surtout si par le palper on constate l'existence de cicatrices dans la partie supravaginale du col.

12. Un des facteurs prédisposant aux ruptures, outre les modifications de la paroi utérine par les cicatrices déjà mentionnées, par des tumeurs malignes, par développement insuffisant de l'organe, etc., c'est l'infiltration cellulaire inflammatoire.

13. Toutes les modifications «pathologiques» du tissu élastique de l'utérus par lesquelles les auteurs ont voulu expliquer la productiou des ruptures se réduisent aux modifications physiologiques, qui surviennent pendant la grossesse, l'accouchement et dans la période puerpérale. Personne n'a jamais trouvé de modifications vraies pathologiques du tissu élastique dans des utérus rompus.

14. La méthode conservatrice du traitement des ruptures de l'utérus pendant l'accouchement donne des résultats deux fois moins favorables que l'intervention chirurgicale.

15. Le traitement de toute rupture de l'utérus pendant l'accouchement doit être opératoire, car cette méthode seule nous donne la possibilité d'arrêter définitivement l'hémorrhagie (pour éviter l'hémorrhagie conséquente) et de faire le nettoyage de la plaie.

Discussión.

Mr. PINARD (Paris): Les documents qui ont été apportés ici venant de la Maternité de Masson, les considérations qui viennent de nous être exposées constituent l'une des contributions les plus importantes que je connaisse à l'histoire des ruptures de l'utérus. Aussi ne saurai-je assez féliciter notre collègue.

Je partage en grande partie sa manière de voir sur la pluralité de ses conclusions. Mais il me semble qu'un fait important *capital,* qui se dégage spontanèment de la lecture de ses observations, n'a pas été suffisamment mis en relief Je veux parler de l'influence sur la *grande multiparito* comme facteur étiologique.

Oui, notre collègue a raison quand il reconnait que l'altération du tissu utérin préexistante à la rupture, n'a jamais été scientifiquement demontrée, mais ce qui, cliniquement est demontré chaque jour comme je l'enseigne depuis longtemps, c'est la modification apportée aux parois utérines par la succession de plusieurs grossesses.

Donc entre les unipares et les multipares, il y au point de vue de l'étiologie des ruptures de l'utérus, non pas une nuance mais un abîme. Et ce fait doit toujours être présent à l'esprit de tous les accoucheurs en face d'un cas de distocie.

Quant aux conclusions formulées à la fin de ce remarquable travail, si je les adopte presque toutes, je tiens à présenter des observations à propos de quelques unes d'entre elles.

Tout d'abord, je remarque combien sa première conclusion est favorable à ce qui a été dit il y a deux jours à propos de la fréquence des lésions du col et du segment inférieur de l'utérus dans les cas de placenta prævia. Mais il faut bien qu'on sache que le ruptures de l'utérus dans les cas de présentation transversale du fœtus, peuvent se produire et se produisent souvent spontanèment, c'est à dire en dehors de toute intervention. D'où la nécessité de faire disparaître ces présentations transversales avant le début du travail, chez les multipares où les présentations transversales sont si fréquentes.

De même le diagnostic pendant la grossesse de l'hydrocephalie doit être fait et l'on sait aujourd'hui que grâce au palper, il est facile quelle que soit la présentation; afin qu'on puisse intervenir hâtivement et pour cela même empêcher l'eclatement du segment inférieur de l'utérus.

Quant au traitement, je partage entièrement l'opinion de notre collègue et qui est absolument conforme à celle qui a été rapportée au Congrès de Nantes (1901) par Varnier. Oui, le seul traitement rationnel applicable aux ruptures utérines est d'ordre chirurgical. De cette façon seulement on peut lutter et on lutte victorieusement contre l'hémorrhagie et souvent contre l'infection consécutive. De ma part depuis longtemps déjà j'ai abandonné le traitement, dit conservateur, qu'on pourrait plus justement appeler: *traitement aveugle.*

En terminant, je désire apporter au point de vue qui nous occupe l'attention des chirurgiens, des ginécologues et des accoucheurs sur l'importance et la signification facheuse de l'existence du tissu cicatriciel au niveau du col chez les multipares. Or, je les adjure d'y toujours songer, lorsqu'ils auront à soigner une femme ayant eu déjà plusieurs enfants et se trouvant encore en état de fécondité. Les opérations, dites gynécologiques, amputation du col, opération d'Emmel, opération de Schrider plus ou moins modifiée, toutes les interventions sanglantes, portant sur le col déterminent dans la pluralité des cas des causes de dystocie dans la période de dilatation et prédisposent par conséquent aux ruptures de l'utérus. Il en est de même souvent, à la suite des hysteropexis vaginale ou abdominale, non

pas pour la même raison, mais par suite de déviation consécutive du col.

Je viens supplier les chirurgiens et les gynécologues de ne pas pratiquer certaines opérations chez des femmes pouvant encore être fecondées.

TRAITEMENT DES AFFECTIONS UTERO-ANNEXIELLES

par des injections vaginales à 60° centigrades.

por el Dr. **SUAREZ DE MENDOZA** (Madrid).

Dans le dernier Congrès International de Médecine, j'eus l'honneur de présenter une communication sur le traitement des inflammations utéro-annexielles par les injections vaginales à 60° centigrades et dans celui-ci, je me permets de rappeler votre attention sur le même point, non seulement pour confirmer les succés obtenus, mais encore pour faire connaître quelques perfectionnements de la technique.

L'emploi de l'eau chaude dans le traitement de ces maladies, date de loin, mais sa technique défectueuse et une température peu élevée, l'ont fait placer parmi les peu efficaces.

Cependant dans la littérature médicale, vous trouverez d'enthousiastes défenseurs de cette méthode et des observations très curieuses qui impressionent favorablement notre esprit, mais sans nous convaincre, car les températures de 45 et 50° centigrades, jusqu'à présent employées ont guéri quelquefois, presque toujours soulagé, mais très souvent le mal a reparu.

Pour guérir bien, il est indispensable que la température de l'eau ne soit pas inférieure à 60° centigrades, que son action dure au moins dix minutes et que les applications aient lieu une fois par 24 heures ou plus souvent s'il est nécessaire.

L'action prolongée de l'eau à 60 centigrades n'altère pas la muqueuse vaginale et comme preuve, je peux dire que parmi les milliers d'injections vaginales administrées à cette température je n'ai jamais constaté un seul accident de ce genre.

C'est sur la peau que les malades ne peuvent supporter la sensation de brûlure; l'eau qui sort du vagin leur brule la vulve, le périnée et le repli interfessier.

Pour éviter cela je fis construire une canule formée par un cylin-

dre creux isolant, dont l'intérieur est rempli par une couche d'amiante. Ce tube isolant de 30 millimètres de circonférence est parcouru dans son intérieur par un autre tube de 4 millimètres de diamètre destiné à faire entrer l'eau chaude, tandis que l'extérieur en plus d'éviter l'action de la chaleur sur les téguments externes, sert à conduire l'eau de retour dans un récipient approprié par l'entremise d'un embout placé à son extrémité postérieure sans mouiller le linge du lit ou la table ou l'on opère.

Le tube interne doit dépasser l'externe d'un millimètre et ceci est un détail d'une importance telle, que nous pourrions bien dire que c'est la soupape de sûreté, car si les deux tubes étaient exactement pareils ou l'interne plus court, il pourrait arriver qu'un repli du vagin boucha complètement l'instrument, ce qui n'empêcherait pas le liquide de circuler dans l'intérieur de la canule induisant l'opérateur en erreur.

Au contraire, si le tube qui donne entrée à l'eau chaude dépasse d'un millimètre l'excentrique, du moment qu'il sera bouché, l'eau s'arrêtera et la personne qui fait l'injection verra de suite que son appareil ne fonctionne pas.

J'ai fait cette explication avec détail, parce que quelques-uns de mes confrères, croyant sans doute que cette inégalité était due à un défaut de construction, ont sollicité de quelques fabricants que le tube interne soit raccourci.

Dans la généralité des femmes, l'usage de cette canule exige peu de soins, de la part de l'opérateur, car l'on peut dire avec justice qu'elle fonctionne toute seule.

Mais il n'arrive pas de même quand l'orifice vulvaire a des dimensions exagérées ou que le périnée manque presque complètement; alors il est indispensable d'agir avec beaucoup d'attention et d'être prévenus d'avance.

Jadis, je conseillais de presser, avec les doigts de la main libre, l'orifice vulvaire, mais ceci a comme inconvénient dans une Clinique nombreuse, que la main se fatigue et quelquefois, sans le vouloir, on laisse échapper de l'eau entre l'appareil et les parois du vagin; en outre, la canule, six minutes après avoir commencé à fonctionner et malgré la couche isolante d'amiante se chauffe un peu et produit une sensation désagréable lorsque les téguments sont serrés contre elle.

Ces inconvénients disparaissent lorque, une personne habituée fait l'injection, mais comme la première des qualiiés de ce procédé doit être sa facilité d'application, même pour les personnes des familles de nos clients; afin d'éviter ces petits ennuis et pour que son emploi soit

plus commode et plus sûr, même entre les mains des perssonnes les moins habiles, j'ai ajouté à ma canule, un anneau complètement libre qui le parcourt dans toute sa longuear.

Faisant corps avec cet annèau, existe un tube courbé ou petite canule percés à l'une de ses extrèmités par plusieurs petits trous qui regardent la vulve tandis que l'opposée sert á la mettre en communication avec le réservoir d'eau froide.

La technique est simple: Une fois la malade placée en position gynécologique et son linge garanti par une étoffe imperméable qui sert en même temps pour conduire l'eau de l'irrigation dans un bassin, l'opérateur étant sûr du fonctionnement de l'appareil introduit la canule bien enduite de vaseline, dans le vagin, suivant exactement sa paroi inférieure jusqu'à arriver au cul de sac postérieur. Une fois là, il retire l'instrument d'un centimètre, approche l'appareil réfrigérateur jusqu'à un centimètre de la vulve et fait sortir les deux liquides. Les réservoirs qui contiennent ceux-ci, devront être placés, celui de l'eau chaude 50 centimètres plus haut que le plan occupé par la malade; celui de l'eau froide à 30 centimètres, contenant le premier de 10 à 15 litres d'eau à 60° suivant que l'injection doive durer dix minutes ou quínce; et le second 2 ou trois litres d'eau aussi froide que possible.

Lorsque l'irrigation est bien faite, les culs de sac vaginaux sont considérablement distendus par l'eau chaude, et il est bon lorsqu'on finit l'injection, de diriger la canule directement vers le bas en déprimant avec elle la fourchette, pour favoriser de cette façon la sortie de l'eau, car autrement, l'eau qui reste en échappant par la vulve causerait aux malades la désagréable impression d'une brûlure.

Ce nouvel accessoire réfrigérateur, n'est pas toujours nécessaire. Dans ma clinique, je ne l'emploie jamais, mais son utilité est incontestable lorque l'irrigation est faite par une personne peu habituée et surtout chez les malades qui ont le perinée déchiré.

Les succés obtenus m'obligent à insister de nouveau, afin de généraliser le plus possible, une thérapeutique simple, qui évite dans un grand nombre de cas, les interventions chirurgicales, lesquelles malgré le perfectionnement de la technique moderne comportent toujours des dangers plus on moins graves.

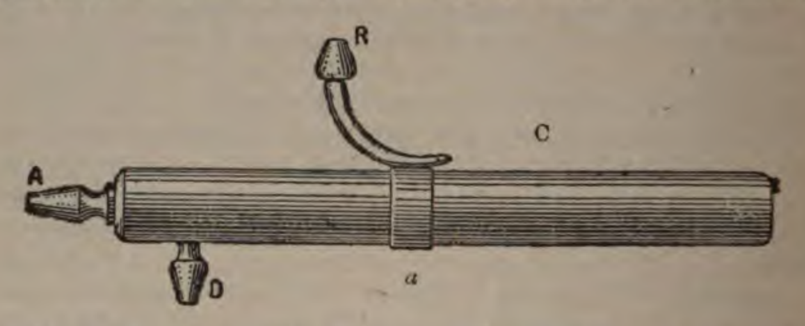
A ma dernière statistique de 1900, je dois ajouter celle de ces trois dernières années, pendant lesquelles, j'ai traité près de 300 malades.

Les injections à 60° centigrades ont démontré dans cette nouvelle série, leur rapide et incontestable efficacité, dans toutes les inflammations de l'utérus et ses annexes.

Dans les métrites récentes, le soulagement est tellement rapide que, généralement, après quarante-huit heures, les douleurs ont presque disparu; les malades peuvent marcher sans grande souffrance, les métroragies cessent peu de temps après, et seulement une leucorrhée abondante qui disparaît assez vite, les oblige à se faire des injections astringentes.

Lorsque ces métrites sont très intenses, je conseille de faire deux injections par jour à 60°, et une seulement si les phénomènes inflammatoires sont de moyenne intensité.

C'est dans les infections gonococciques que les effets de ce traitement sont vraiment merveilleux. Le soulagement se fait sentir avec une extrême rapidité à tel point que, quelquefois, au bout d'une se-



maine, il est assez sensible, pour permettre aux malades de reprendre leurs occupations habituelles.

Dans les infections puerpérales, d'intensité moyenne, et s'il n'existe pas des restes placentaires, son action quoique plus lente, est aussi



sûre que bienfaisante, car si l'organisme entier, n'a pas pris part à l'infection, grâce à l'eau à une haute température, l'utérus se débarrase de son ennemi, dans un laps de temps relativement court. D'abord

a douleur s'atténue, puis disparaît; ensuite, dans un délai, qui varie entre cinq et huit semaines, la leucorrhée cesse.

Les annexités aiguës, les phlegmons du ligament large, demandent plus de temps pour guérir, mais je puis assnrer qu'en employant cette méthode dès le début des accidents, on évite le plus souvent la suppuration et pourtant l'intervention chirurgicale.

Tous les gynécologues connaissent la pénible situation des malheureuses atteintes de déplacements utérins avec des foyers plus ou moins intenses de périmétrite qui établissent des adhérences et empêchent la réduction, la condamnant souvent à une impuissance plus ou moins complète.

Cette méthode lorsque la lésion est jeune, leur offre uu rapide soulagement, pour ce qui regarde la résorption des exudats et permet au chirurgien do compléter la guérison par les moyens appropriés dans chaque cas particulier.

Une grande patiencé est souvent indispensable, unie à beaucoup de constance, lorsqu'il s'agit d'inflammations chroniques. Lé soulagement arrive toujours vite, mais il faut attendre la guérison souvent plusieurs mois; et si le chirurgien obtient le repos néccessaire à tout organe malade, il peut encore esperer le succès. Comme exemple intéressant de ces procès longs et pénibles qui peuvent néanmoins aboutir à la guérison, nous avons transcrit l'observation neuvième.

L'unique inconvénient que l'on pourrait reprocher à ma méthode, c'est que la malade, ne peut l'employer elle même, mais sa grande simplicité, la met à la portée de toute personne intelligente et tant soit peu adroite.

À première vue, on dirait qu'il est difficile de manier deux tubes en même temps, celui de l'eau froide et de l'eau chaude, mais si l'on tient compte, que le premier a un débit réglé par les trous terminaux de sa petite canule et n'a pas besoin d'être soutenu, on comprendra qu'une seule main peut suffire à maintenir l'nstrument, dans la position nécessaire. Pour que l'on puisse se faire une idée exacte de l'action de cette méthode de traitement, je transcris ici quelques observations que je pourrais multiplier à l'infini.

Je les ai choisies typiques afin qu'elles mettent en relief la marche habituelle du processus curatif, et je puis assurer, sans crainte d'être démenti par les faits, que chez 95 pour cent des malades, le résultat final et la marche de la guérison sont complètement en harmonie avec les résultats exposés dans les observations suivantes; dans certains cas exceptionnels, soit par erreur de diagnostic, soit par des raisons que je n'ai pu encore apprécier, le traitement peut trahir les espérances du chirurgien et de la malade.

Obsevration I

E. M. de vingt sept ans, mariée, unipare est réglée à onze ans avec beaucoup de peine et des souffrances. Se marie à vingt-cinq ans, mais le mariage ne modifie pas le fonction cataménial qui continue à être toujours trés douloureuse.

Grossesse au bout de dix mois de mariage et accouchement à terme le 3 Juin 1900.

Dix jours après son accouchement, elle quitta le lit et eut dit-elle, un refroidissement suivi de douleurs générales et une forte fièvre pendant cinq jours.

Elle nourrit pendant quatre mois; la menstruation reparut au troisième aussi douloureuse qu'avant la grossesse.

Les rapports sexuels ont commencé à être douloureux après l'accouchement s'exacerbant considérablement pendant le dernier mois.

Le 8 Novembre 1900, la malade se présenta dans ma clinique, se plaignant de fortes douleurs dans le bas ventre, avec propagation à la région lombaire; douleurs qui l'obligeaient à marcher légèrement courbée; leucorrhée abondante et épaisse teinte quelquefois légèrement en rouge. L'état général pas très bon; la malade se plaint de fréquentes douleurs à la tête, manque d'appétit, nausées et vomissements de temps en temps.

Le toucher fait voir la matrice légèrement augmentée de volume; elle est très sensible à la pression bimanuelle.

Le spéculum montre un col gonflé, par l'orifice duquel il sort un mucus épais et jaunâtre.

Les culs de sac libre; les annexes à peine sensibles à la pression bimanuelle.

Diagnostic.=Métrite par infection puerpérale.

Traitement.—Injections vaginales journalières à 60° centigrades d'une durée de dix minutes.

11 Novembre.—La malade dit avoir dormi tranquillement presque toute sà nuit, ce qui ne lui était pas arrivé une seule fois pendant les six dernières semaines.

17 Novembre.—Les douleurs ont diminué à tel point que la malade a commencé de nouveau à s'occuper de son ménage.

La douleur provoquée par le toucher bimanuel est plus supportable.

7 Décembre.—Les douleurs spontanées aussi bien que la leucorrhée ont disparu complètement. La menstruation, finie il y a trois jours, s'est accomplie sans douleur. Le toucher bimanuel ne produit pas de

souffrance. La malade complètement guérie, n'est plus revenue par la clinique.

Observation II.

M. S. de trente trois ans, veuve, nullipare, réglée à dix-neuf ans sans trouble d'aucune espèce, la menstruation a été physiologique jusqu'à peu de temps après son mariage.

Elle se maria à vingt-quatre ans, et peu de temps après, commença à souffrir du bas ventre, en même temps que les règles perdaient leur périodicité et étaient accompagnées de douleurs d'une intensité variable.

Cet état persiste depuis son mariage avec des périodes d'exacerbation et de calme relatif.

Le 12 Octobre 1898 elle se présenta à ma clinique se plaignant de douleurs beaucoup plus aiguës que d'habitude, occasionnées, d'après elle, par des ablutions à l'eau froide au moment de finir la menstruation. Celle-ci est très douloureuse et la douleur dans les deux flancs persiste pendant la période intermenstruelle; leucorrhée constante, quoique peu abondante.

Après l'avoir traitée pendant deux mois par le tamponnement avec de l'ichtyol et des révulsions énergiques sur le bas ventre, le confrère qui l'assistait avant de se présenter dans la Clinique, lui proposa une opération dont la malade ignore la nature, comme unique moyen de guérison.

L'examen objectif permet de constater la position normale de l'utérus; le col est légèrement augmenté de volume, le corps douloureux à la pression, surtout dans sa partie postérieure.

Les annexes légèrement augmentés de volume, en particulier ceux du côté gauche, sont très douloureux au toucher vaginal et à la pression bimanuelle.

Diagnostic.—Utero-anexitis par infection gonococcique probable.

Traitement.—13 Octobre.—On commence les irrigations de dix minutes de durée avec de l'eau à 60° centigrades.

18 Octobre.—Même état.

25 Octobre.—Les douleurs aussi bien spontanées que provoquées, commencent à diminuer sensiblement tout en conservant une intensité suffisante pour gêner considérablement la malade.

15 Novembre.—La leucorrhée a disparu complètement, depuis le 11 de même que les douleurs spontanées.

A l'examen bimanuel, la matrice apparaît indolore et complètement mobile. Le toucher vaginal et la pression bimanuelle, ne produisent pas la moindre sensation de douleur dans les annexes.

21 Décembre.—La règle reparaît.

26 Décembre.—La menstruation a eu lieu sans aucune douleur; la malade se croit complètement guérie. L'examen objectif confirme s[illegible] appréciation.

Observation III.

I. M., trente-sept ans, mariée, concierge calle del Pez.

Menstruation à quinze ans facile et abondante. Elle se maria á dix-huit ans et eut un an après, une fausse-couche de trois mois sans cause déterminée. Quatorze mois plus tard, elle accoucha d'une petite fille à terme, qu'elle nourrit.

Les règles persistèrent pendant l'allaitement.

Au mois de Janvier de 1900, elle eut la grippe (?) qui lui occasiona des douleures dan le bas ventre et une forte fièvre avec de grandes remissions matinales. Son médecin lui conseilla l'application d'un vésicatoire dans la partie endolorie, des irrigations vaginales avec de l'eau tempérée et tamponnement à l'ichtyol.

Ce traitement suivi pendant trois mois consécutifs en continuant la révulsion par des applications avec de la teinture d'iode, produisit un soulagement notable qui continua jusqu'au mois d'août; alors reparurent à nouveau les douleurs dans le bas ventre accompagnées de pertes blanches très abondantes qui tachaient le linge en jaune verdâtre.

Les douleurs augmentèrent considérablement d'intensité et son médecin lui ayant fait pressentir la nécessité probable de la soumettre à une opération, la malade se décida alors à venir à ma clinique où elle se presenta le 3 Novembre se plaignant d'une vive douleur dans le bas ventre; beaucoup plus intense du côté droit que du côté gauche.

Par l'examen manuel on trouve la matrice un peu gonflée, douloureuse au toucher vaginal et à l'examen bimanuel.

Le Douglas est complètement libre; dans le cul de sac latéral droit, on sent une tumeur de la grandeur d'une noix, quoique, un peu plus longue, très douloureuse au moindre contact.

Cette tumeur qu'on dirait implantée dans la corne droite de la matrice, se trouve séparée d'elle par un sillon assez appréciable. Les annexes gauches sont douloureuses au toucher et à la pression bimanuelle, mais ne paraissent pas augmentés de volume.

Diagnostic.—Metrosalpingite d'origine gonocococcique et piosalpinx probable du côté droit.

Traitement.—Quoique sans grandes espérences de succés, je soumis la malade au traitement que je préconise.

3. Novembre.—On commence les irrigations à 60° de dix minutes de durée.

7 Novembre.—Les douleurs ont diminué considérablement.

10 Novembre.—L'examen bimanuel permet de confirmer une notable diminution dans le volume de la trompe droite.

26 Novembre.—La malade ne se plaint d'aucune douleur spontanée; au toucher vaginal, la matrice aussi bien que les annexes sont encore un peu douloureux. La tumeur du côté droit a disparu complètement et ce fait est constaté par les Docteurs Messieurs Juan Antonio González, Aurelio del Río, Leonardo Pérez del Hierro, Eduardo Mínguez et Isaac Moreno, lesquels avaient examiné la malade, le jour ds son entrée à la clinique.

11 Décembre.—La matrice et les annexes gauches sont complètement indolores, aussi bien au toucher qu'à la pression bimanuell e Les annexes du côté droit de volume normal, sont encore sensibles à la pression.

Depuis ce jour la malade à cessé d'assiter á la clinique.

10 Janvier 1901.—La malade revient se plaignant de quelques douleurs et il me semble que les fêtes de Noël y sont pour quelque chose. L'examen local ne diffère pas, dans ses résultats, de celui qui eut lieu le 11 Décembre.

La malade prend quinze nouvelles irrigations à 60° centigrdes.

26 Janvier.—La malade ne ressent plus aucum trouble et on lui donne son exeat.

Ceci, n'est pourtant pas, la règle, dans les cas graves où il existe des lésions suppurées des annexes. Dans ces cas, après deux ou trois semaines de traitemeut on obtient souvent, un soulagement, considérable; mais sous l'influence d'une période cataméniale, d'un refroidissemen ou de n'importe quelle autre cause, les symptômes douloureux reviennent et l'hysterectomie faisant valoir ses droits, finit par avoir le dernier mot; mais encore dans les cas de ce genre, le traitement que je préconise, m'a permis de procurer le soulagement néccessaire, pour modifier avantageusement le misérable état général de mes malades et de practiquer dans de bonnes conditions l'intervention indiquée.

Observation IV.

E. M. de vingt sept ans.—Première règle à onze ans. Mariée à vingt-cinq, elle accoucha heureusement d'un garçon à terme et vivant. Cinq jours après la couche, elle eut de la fièvre, des douleurs au ventre et des lochies fétides. Cet état dura un mois, après ce temps, tous

ces symptômes s'amendèrent. Quatre mois après les règles reparurent accompagnées de grandes douleurs et suivies de leucorrhée.

Elle vint à la Clinique le 8 Novembre, dix mois après son accouchement, nous disant qu'il y avait trois mois que les douleurs dans le bas ventre étaient devenues intolérables, que la leucorrhée était toujours rosée et que la miction était fréquente et douloureuse.

Au toucher, la vessie était douloureuse et la matrice extrêmement sensible au palper combiné; les deux culs de sac libres, mais sensibles.

L'urine contenait du pus en petite quantité.

Diagnostic.—Infection utérine d'origine puerpérale, cystite.

Traitement.—Instillations de nitrate d'argent à un pour cent et injections vaginales à 60°.

10 Novembre.—La vessie retient une plus grande quantité d'urine et les douleurs dans le bas ventre ont diminué considérablement.

15 Novembre.—Substitution des instillations par des lavages vésicaux à un pour mille, ayant un soin spécial de ne pas distendre la vessie au delà de sa capacité actuelle, qui est encore la pathologique. La leucorrhée rosée a diminué considérablement. Les douleurs spontanées ont disparu presquo complètement.

25 Novembre.—Pas de douleurs et seulement un peu de leucorrhée jaunâtre, après la règle qui a été très pénible.

30 Novembre.—Suspension du traitement vessical. La leucorrhée a disparu.

15 Décembre.—Les règles ont avancé, mais sans douleurs. La malade n'a plus de leucorrhée.

30 Décembre.—La matrice est normale; elle n'a plus de douleurs ni de leucorrhée.

8 Janvier.—Le même état. Exeat.

Observation V.

A. A. de vingt-quatre ans: Sans antécédents pathologiques. Première règle à dix-sept ans. Mariée à dix-neuf ans, elle a eu trois grossesses bonnes, suivies d'accouchements heureux, avec des enfants vivants et à terme.

40 jours après la dernière couche, elle eut de fortes douleurs et de la fièvre, avec des frissons anorexie, faiblesse et amaigrissement, leucorrhée claire et abondante.

En l'examinant, la matrice est dans sa position normale, mais légèrement sensible. Le toucher dans les culs de sac vaginaux est extrêmement pénible et la douleur s'accroit d'une manière extraordinaire

en les comprimant sur les parties dures. La défécation est accompagnée de douleurs très aigues. Fièvre.

Diagnostic.—Perimétrite.

18 Novembre 1900.—Les irrigations à 60° commencent.

A la sixième injection, le soulagement est assez appréciable, les douleurs n'étant plus continues. La fièvre quoique moins intense revient tous les jours.

30 Novembre.—Elle n'a plus de fièvre depuis deux jours. L'intestin fonctionne bien et sans douleur. La leucorrhèe a disparu.

Date 5.—Elle a eu ses règles avec très peu de douleurs.

Le 15.—Le toucher vaginal n'occasionne plus aucune douleur.

Le 25.—La malade dit se trouver très bien et seulement les rapports sexuels restent quelque peu douloureux.

5 Décembre.—Elle a eu ses règles sans souffrances.

10 Décembre.—Elle se trouve complètement guérie et on lui donne l'exeat.

Observation VI

E. A. de vingt-sept ans: Première règle à quatorze ans. Mariée à vingt-deux, elle fit une fausse-couche de cinq mois, après une chûte. Sept mois après, elle devint enceinte et eut un garçon vivant et à terme. 24 heures après la couche, survint, dit la malade, une fièvre qui dura seulement quelques heures. Quinze jours après, fièvre haute, douleurs dans la région hypogastrique surtout à gauche, qui augmentent avec les mouvements, leucorrhée de très mauvaise odeur. Cet état se maintint, avec de légères alternatives jusqu'à son arrivée à ma clinique, trois mois et demi après sa couche.

A l'examen; on sent par le toucher combiné une matrice grosse partout très sensible; les culs de sac extrêmement douloureux, quoique libres; avec le spéculum on voit l'orifice externe rouge et déchiré, par lequel sort une sécrétion épaisse et jaunâtre, de mauvaise odeur.

Diagnostic.—Métrites d'origine puerpérale avec extension au parametrium.

Traitement.—Injections à 60°.

Au dixième jour du traitement, on constate que la matrice n'est pas douloureuse au toucher, son volume est normal, les culs de sac sont libres et même en faisant de fortes pressions, on ne trouve plus aucune partie douloureuse. Deux semaines après, la malade dit qu'elle se trouve bien et désire suspendre le traitement, mais on l'oblige à le continuer quinze jours de plus, après lesquels on lui donne l'exeat.

Observation VII

M. G. de vingt-quatre ans, réglée à quinze, mais avec peu d'abondance, des douleurs, et de la leucorrhée; quinze jours après ses premiers rapports sexuels, elle ressent de fortes douleurs dans le bas ventre, la leucorrhée augmente et prend une teinte jaune verdâtre, les règles sont très douloureuses, elle marche courbée et a de la fièvre. Au cinquième jour de sa maladie (le 18 Octobre 1900) elle se présenta à la Clinique et on peut apprécier par le toucher que la matrice est très douloureuse, les culs de sac latéraux sont occupés par deux corps mous allongés et très douloureux. Leucorrhé utérine d'un jaune sale.

Diagnostic.—Metrosalpingite d'origine gonococcique.

10 Mars 1901.—Injections à 60° centigrades.

21 Mars.—Les douleurs ont notablement diminué.

23 Mars.—Elle n'a plus de fièvre; la leucorrhée a augmenté.

24 Mars.—Les règles sont très doulouseuses (suspension du traitement).

3 Avril.—Les douleurs ont augmenté après les règles. On recommence le traitement.

10 Avril.—Diminution des douleurs; le toucher quoique douloureux permet d'apprécier la matrice plus mobile et les annexes moins gonflés et douloureux. La leucorrhée augmente.

15 Avril—La leucorrhée a considérablement diminué.

27 Avril.—Règles sans douleurs.

Premier mai.—Les culs de sac sont libres et indolores. Encore un peu de leucorrhêe jaunâtre.

5 Mai.—La guérison étant complète on donne l'exeat.

Observation VIII.

A. N. de trente ans: Première règle à dix-sept ans; mariée depuis l'âge de dix-huit, elle a eu sept grossesses, toutes bonnes excerté la seconde qui se termina par une fausse-couche. La dernière eut lieu, il y a trois ans, après celle-ci elle eut la fièvre pendant huit jours. Après pertes jaunes, règles très abondantes, sans douleurs ni périodicités. Depuis deux semaines, les douleurs ont gagné tout le ventre, la leucorrhée a augmenté, les selles sont très douloureuses.

Le toucher fait, ont reconnaît que les culs de sac antérieur et latéraux sont libres; dans le postérieur on sent une tumeur très douloureuse; c'est la matrice qui est en retroversion et très sensible au toucher; les annexes indolores.

Diagnostic.—Metrites.

27 Juin.—On commence le traitement par les injections à 60° cen-.grade.

Premier Juillet.—Les douleurs ont diminué.

5 Juillet.—Elle n'a plus de douleurs, pas même pendant la défécaion; leucorrhée abondante; injections au sulfate de zinc.

6 Juillet.—La leucorrée a diminué un peu.

8 Juillet.—Les douleurs ont reparu, mais un peu monis intenses.

16 Juillet.—Elle a eu les règles avec de fortes douleurs.

23 Juillet.—Les douleurs ont cessé.

27 Juillet.—La matrice continue en retroversion, mais indolore.

10 Août.—Elle a eu ses règles avec peu de douleurs. La leucorrhée n'a plus reparu. On lui place un pessaire et on lui donne l'exeat.

Observation IX.

P. G. trente et un ans: réglée à quince, a eu trois couches dont la dernière en présentation d'épaule, se termina par l'indispensable intervention. Trois jours après, la malade eut la fièvre, des lochies fétides et une dénutrition générale. Set état dura trois mois après lesquels, les accidents s'amendèrent pour reparaître deux mois après.

Elle entra dans la clinique le 27 Octobre 1901, avec de fortes douleurs dans le bas ventre et les hanches, de la fièvre, constipation et sensation d'expulsion de la matrice par la vulve, pendant l'effort.

Lorsque la malade tousse on constate l'existence d'un colpocele dû à une déchirure du périnée. Le toucher vaginal constate l'existence d'une grosse tumeur dure et douloureuse qui occupe presque tout le petit bassin. la palpation combinée démontre que la matrice forme un seul corps avec cette tumeur, et qu'elle se trouve en retroversion très prononcée. Par le rectum on ne découvre d'autre signe que le ramollissement de la tumeur dans certains endroits.

Diagnostic.—Phlegmon pelvien.

Traitement.—Commence le 28 Octobre. Fer, quinquina et injections vaginales à 60°. Lávements aussi chauds que possible.

10 Novembre.—La malade dit se trouver un peu soulagée, l'introduction de la canule rectale lui est moins douloureuse.

25 Novembre.—Les douleurs ont disparu. Lorsqu'elle marche elle ne ressent plus la sensation de poids à la vulve et le rectum fonctionne sans besoin de lavements et sans douleurs.

30 Novembre.—La tumeur a diminué de volume et n'est pas douloureuse à la pression.

10 Décembre.—La malade se croit guérie, mais la tumeur persiste ne permettant pas la mobilité de la matrice.

20 Décembre.—La malade suspend le traitement pour partir dans son pays (Avila) où elle désire passer les fêtes de Noel. On lui recommande les injections vaginales aussi chaudes qu'elle puisse les supporter.

15 Janvier.—la malade revient à la clinique. La matrice est un peu mobile, sa face postérieure paraît alors augmentée de volume, les douleurs spontanées, aussi bien que celles que provoquait le toucher vavinal, ont disparu.

4 Février.—L'utérus est parfaitement mobile et indolore. Dans sa face postérieure persistè un léger empâtement.

10 Pévrier.—La malade vient pour la dernière fois à la clinique et se croyant guérie, nos quitte malgré nos conseils de continuer le traitement, encore pendant quelque temps.

FECUNDIDAD DESPUÉS DEL LEGRADO

por el Dr. POLICARPO LIZCANO (Madrid)

El raspado de la mucosa uterina es una operación eminentemente conservadora, siempre que se ejecute con arreglo á la táctica moderna y se prescinda de inyecciones ni toques más ó menos cáusticos al endometrio.

Las causas de esterilidad consecutiva al legrado hay que buscarla, ó en una acción demasiado profunda de la cucharilla, ó en la destrucción de la mucosa por los cáusticos.

No tratamos aquí más que de la infecundidad originada por causa uterina, sin ocuparnos de la procedente de afección anexial, estados generales, etc.

Como se duda por algunos de la benéfica acción del legrado sobre las funciones de reproducción, acusándole de ocasionar la esterilidad, no consideramos inoportuno contribuir con algunas observaciones personales á desvanecer ese erróneo concepto, tratando de poner el valor de ese acto quirúrgico en su verdadera estima, sin apreciarle como panacea infalible de todos los padecimientos genitales, pero sin olvidar tampoco los brillantes éxitos que á diario proporciona.

El legrado contribuye poderosamente á sanear la cavidad uterina, separando en breves momentos la mucosa enferma, y colocando el órgano en condiciones fáciles para reintegrarse á su estado fisiológico.

Si la cucharilla no se limita á separar la mucosa enferma, sino que lleva su acción hasta la capa muscular, arrancándola en parte y destruyendo los fondos glandulares profundamente incrustados, que sirven de *cebo* para la regeneración post-operatoria, las consecuencias del legrado en estas circunstancias serán graves desórdenes funcionales, entre ellos la esterilidad más invencible.

Las inyeciones de percloruro de hierro en la cavidad, hechas inmediatamente del raspado, cauterizan la mucosa uterina, forman escaras y entorpecen la regeneración del endometrio. Si la destrucción es profunda, suele alcanzar el músculo uterino dejando al descubierto una herida granulosa sin vestigios glandulares, incapaz de producir la nueva mucosa; pero sí con riesgo de unirse á la superficie cruenta de enfrente y determinar la soldadura parcial ó total de la cavidad uterina.

Estas desastrosas consecuencias son relativamente frecuentes en los casos que la cucharilla profundiza demasiado ó cuando se emplean inyecciones cáusticas.

Rechazamos de nuestra práctica los toques á la mucosa con ácido fénico, cloruro de ziuc, creosota, etc., después del legrado; pues su acción destructiva compromete la regeneración fisiológica del endometrio, acarreando á veces la esterilidad más absoluta.

Nos limitamos, después de usar la cucharilla, al empleo de inyecciones de agua esterilizada ó suero artificial á 45°, dejando unas tiras de gasa antiseptica en la vagina.

Entre otros muchos casos de fecundación después del legrado, consignaremos los veinte siguientes, cuyas circunstancias más notables se indican en los adjuntos cuadros:

Número.	Edad.	Fecundidad antes del legrado.	Diagnóstico.	Ultimo parto ó aborto antes del legrado.
1	25	Nuligesta.	Antefiexión, metritis catarral, salpingo-ovaritis izquierda.	»
2	35	Multípara.	Endometritis *post-abortum*, retroversión movible.	Aborto, 5 Julio 1900.
3	31	Idem.	Retroversión movible.	Parto, Octubre 1893.
4	24	Unípara.	Metritis séptica.	Parto, 25 Noviembre 1[illegible]
5	46	Multípara.	End. *post-abortum*.	Aborto, 22 Marzo 1901.
6	39	Idem.	End. *post abortum*.	Aborto, 12 Octubre 190[illegible]
7	36	Idem.	End. *post-abortum*.	Aborto, 4 Agosto 1901.
8	32	Idem.	End. *post-abortum*.	Aborto, Noviembre 18[illegible]
9	34	Idem.	End. *post-abortum*.	Aborto, Diciembre 1894.
10	31	Unípara.	Metritis catarral.	Parto, 1896.
11	31	Multípara.	Metritis catarral.	Parto, 1899.
12	40	Idem.	End. *post-abortum*, retroversión movible.	Aborto, 24 Enero 1900.
13	42	Idem.	End. *post abortum*.	Aborto, Julio 1899.
14	26	Nuligesta.	Metritis catarral, anteflexión.	»
15	35	Multípara.	Metritis hemorrágica.	Parto, Abril 1897.
16	42	Idem.	Metritis hemorrágica.	Aborto, Febrero 1899.
17	25	Unípara.	End. *post-abortum*, salpingo-ovaritis derecha.	Aborto, Mayo 1899.
18	24	Multípara.	End. *post abortum*, retroversión movible.	Aborto, Abril 1900.
19	27	Unípara.	End. *post-abortum*, salpingo-ovaritis derecha.	Aborto, 8 Septiembre 18[illegible]
20	23	Multípara.	Metritis hemorrágica.	Aborto, Septiembre 189[illegible]

al legrado.	Fecundidad después del legrado.	Observaciones.
bre 1900	2 parto, el 1.° en Octubre 1899.	Otro legrado en Agosto 1898
bre 1900	1 parto, Octubre 1901.	
01.	1 parto, Julio 1902.	
bre 1900.	1 parto, Febrero 1902.	
901.	1 aborto, Octubre 1902.	
1901.	1 parto, 27 Octubre 1902.	
ibre 1901.	1 parto, Diciembre 1902.	
896.	3 partos, el 1.° en Marzo 1897.	Otro legrado en Noviembre de 1896.
1796.	2 partos, el 1.° en Julio 1896.	
ibre 1900.	1 parto, Mayo 1902.	
900.	Gestación en el 4.° mes (Diciembre 1902).	
1900.	1 aborto, Mayo 1901.	
e 1899.	1 aborto, Mayo 1902.	
ibre 1839.	1 parto, Octubre 1900.	
899.	2 partos, el 1.° en Octubre 1900.	
1899.	1 parto, Junio 1900.	
1900.	1 parto, Julio 1901.	
e 1900.	1 parto, Septiembre 1902.	
1900.	1 parto, Enero 1901.	
1900.	1 parto, 30 Junio 1901.	

De los 20 casos corresponden	2 á nulíparas.
	4 á uníparas.
	14 á multíparas.
La lesión era en..........	11 casos de endometritis *post-abortum*.
	4 — de metritis catarral.
	3 — de — hemorrágica.
	1 — de — séptica.
	1 — de retroversión.
Después del legrado tuvieron..................	1 parto............. 12 mujeres.
	2 partos............ 3 —
	3 partos............ 1 —
	1 aborto............ 3 —
	En gestación........ 1 —

Al año de operadas parieron.................. 11
Antes de los dos años........................ 5

Antigüedad del mal y época de la concepción.

1 á 3 meses de antigüedad, 9 casos................	4 enfermas concibieron á los 3 meses de ope-rad[redacted]
	2 — — á los 4 meses.
	2 — — al año.
	1 — concibió á los 2 1/2 años.
3 á 6 meses, 5 casos.......	2 — concibieron á los 2 meses.
	2 — — á los 3 —
	1 — concibió á los 9 —
6 meses á 1 año, 2 casos...	1 — — á los 9 —
	1 — — al año.
1 á 2 años, 2 casos.........	1 — — á los 2 meses.
	1 — — á los 9 —
2 á 4 años, 2 casos.........	1 — — á los 2 —
	1 — — á los 9 —

La mayoría de concepciones tuvieron lugar en casos recientes ([redacted] nos de un año); una parte pequeña (el 20 por 100 de observaciones[redacted] procesos más antiguos, de uno á cuatro años.

Tiempo transcurrido desde el legrado á la concepción, según la for[redacted] *de metritis.*

Metritis *post-abortum*, 11 casos.....	En 1 caso pasaron 2 meses.
	— 2 — — 3 —
	— 1 — — 5 —
	— 1 — — 6 —
	— 1 — — 8 —
	— 1 — — 9 —
	— 1 — — 12 —
	— 1 — — 14 —
	— 1 — — 16 —
	— 1 — — 30 —
Metritis catarral, 4 casos..........	— 3 — — 2 —
	— 1 — — 9 —
Metritis hemorrágica, 3 casos......	— 1 — — 3 —
	— 1 — — 4 —
	— 1 — — 9 —

Metritis séptica, un caso...........	Concibió á los seis meses.
Retroversión, un caso.............	Concibió á los tres meses.

Se nota en este cuadro que influye poco la forma de metritis en cuanto á la rapidez para reintegrarse en la función generadora después del legrado, pues se observa que en todos los grupos ha tenido lugar la fecundación en los primeros meses, disminuyendo las probabilidades á medida que nos alejamos del acto operatorio. Es rara la fecundidad después de un año de legrado, y si se verifica corre riesgo de interrumpirse en los primeros meses de preñez. De cuatro enfermas que concibieron en estas circunstancias, abortaron tres.

CONCLUSIONES

1.ª El legrado no produce la esterilidad.
2.ª La fecundidad perdida puede recobrarse por el legrado.
3.ª La esterilidad por afección uterina puede curarse por el raspado.
4.ª Las endometritis *post-abortum* son las más susceptibles de reintegrarse por el legrado en su capacidad generadora.
5.ª Cuando más reciente sea la lesión que produce la esterilidad, más curable será esta.
6.ª En los seis primeros meses, después del legrado, se verifican mayor número de fecundaciones.
7.ª Transcurrido un año del raspado sin concibir la operada, disminuyen notablemente las probabilidades de fecundación.

CONTRA EL ABUSO DEL RASPADO UTERINO

por el Dr. ALEJANDRO PLANELLAS Y LLANOS (Barcelona).

En 1893 publicábamos un extenso trabajo de crítica acerca de la Ginecología (1) y entre otras cosas poníamos de relieve la importancia que tenía el raspado uterino como recurso de verdadéro valor. Allí mismo hacíamos referencia á la parte activa que en centros académicos habíamos tomado en la divulgación de esa maniobra operatoria, insistiendo en la necesidad de precisar sus indicaciones, fijándonos, no sólo en el diagnóstico general de las afecciones uterinas, si

(1) Prólogo al *Tratado de Ginecología* del Dr. S. Pozzi, editado por la casa Espasa y Compañía de Barcelona.

que también en las lesiones concomitantes que pueden alterar la indicación.

Y esto lo hacíamos animados por el propósito de encauzar la práctica del raspado, que nos parecía ver en algunos casos poco fundamentada ó planteada de un modo empírico. Más adelante decíamos «conviene no olvidar cuanto coadyuva el tratamiento consecutivo al buen éxito de esta operación. Un buen desagüe uterino, la medicación tópica, quizás algunas inyecciones intra-uterinas, son elementos que completan la acción de aquel recurso, pero se olvidan á veces, fiándolo todo á la maniobra de la cucharilla». Con estas palabras insinuábamos otra impresión que nos causaba la manera como empleaban algunos el raspado del útero, esto es, haciéndolo en cierto modo maquinalmente, como siguiendo una corriente, contando con la infalibilidad que en Medicina menos que en otros ramos del saber puede esperarse. Todo ello marcaba nuestro recelo de que se usara y prodigara con cierta ligereza ó carácter abusivo, un recurso que queríamos ver justipreciado.

Y efectivamente, el abuso ha sido tan manifiesto que como decían en 1898 Labadie-Lagrave y Lagueu en su excelente Tratado de Ginecología «la reacción contra las tendencias excesivas» empezaba á operarse, reservándose (1) para indicaciones más limitadas el empleo del raspado.

En la actualidad son conocidos ya por parte de las gentes y deudos de muchas enfermas, varios fracasos del raspado, que siendo hijos de la generalización inoportuna y abusiva de esta operación y sumados con otros propios de la rebeldía de la dolencia, han creado una atmósfera contraria á un recurso que después de todo es valioso y en muchos casos no podemos prescindir de él.

Con el objeto de evitar esa corriente y encauzar las indicaciones, nos atrevemos á levantar la voz, empezando por condenar el uso verdaderamente empírico que se hace del legrado, por algunos, que lo emplean indistintamente siempre y cuando comprueban la existencia de un proceso metrítico, haciendo caso omiso, unas veces, de la concomitancia de alguna otra lesión genital, y muchas más, de la naturaleza que reviste la metritis. Y es que de esta afección, más si cabe que de cualquier otra, el diagnóstico patogénico influye en la elección de la terapéutica, aun cuando intervenga el anátomo-patológico, para informar la más racional indicación.

Cualquiera que reconozca cuánto vale el raspado uterino, estable-

(1) Labadie-Lagrave et Legueu, p. 648.

cerá ante todo el distingo de sus indicaciones y contra-indicaciones, celoso de evitar los fracasos de la operación y de triunfar de la metritis por otros recursos, que no por ser menos aparatosos son menos eficaces, cuando su indicación es terminante.

Si no procedemos así, y recomendamos el raspado para toda endometritis, nos exponemos á ver fracasada aquella operación después de emplearla varias veces en una misma enferma.

Hemos tenido ocasión de comprobar este hecho en varios casos que podríamos citar uno por uno, en los que reconocidos ginecólogos han repetido el raspado varias veces, no solo sin obtener la curación deseada, si que precisamente empeorando la afección. Esas mismas enfermas sometidas á un tratamiento consistente en la aplicación directa en la cavidad uterina de medicamentos antisépticos á la vez que astringentes ó cateréticos en grado reducido, y aun auxiliada su acción por un tratamiento general que más adelante apuntaremos, me han proporcionado curaciones que los pacientes han calificado de inesperada.

Para establecer bien las indicaciones del legrado uterino no basta conocer la forma anatómica de la metritis, sino que precisa tener en cuenta todos los elementos patogénicos de la misma. Y digo todos, porque si solo dilucidasemos aquellos que definen la fisiología patológica, común y reglada para cada forma de lesión, omitiríamos otros factores relativos al terreno donde se desarrolla la infección, especiales para cada individuo.

Es indudable, para los que ya han visto cierto número de informes, que existen algunas en que el linfatismo, el escrofulismo, el herpetismo, varios estados nosohémicos y una especial atonía del parénquima uterino, hacen que el raspado resulte infructuoso por más que se insista en repetirlo.

Creemos necesario llamar la atención sobre la última causa mencionada, porque hemos observado muchos casos en que parecía existir, ó al menos el tratamiento que nos dió más éxito lo hacía entender.

No me refiero á esa atonía uterina que depende, especialmente, del poco vigor en los elementos contractiles del útero, señalada por todos los autores, y que corresponde en gran número de casos á los abortos mal evolucionados ó á los procesos subinvolutivos. Yo insisto acerca de ciertos estados de atonía *d'emblée* (permítaseme la frase) del útero, qne se manifiesta en las pacientes sin que preceda un largo período de enfermedad. Esa atonía primitiva parece responder á una modalidad especial de la organización de la enferma, que por otra parte se ofrece con caracteres exteriores de aparente vigor y explen-

dor nutritivo. Se trata de sujetos que tienen un sello característico en su aspecto coincidiendo con ciertos antecedentes fisio-patológicos, que bien puede decirse constituyen un tipo clínico concreto.

La tez blanca, ó aunque de otro matiz, de un aspecto opalino tal vez lactescente, que envidiarian algunos de nuestros modernistas; las facciones redondeadas correspondiendo al desarrollo del contorno por exceso de tejido adiposo ó á cierta laxitud en todos los tejidos; impresionabilidad nerviosa exagerada, muchas veces con el carácter desigual de la neurastenia; antecedentes lejanos ó próximos de lesiones de las mucosas y de la piel, en que sobre todo se interesó la red linfática; quizás la concurrencia del escrofulismo y la referencia de padecimientos que la interesada califica de herpéticos, y, por fin, la menstruación en la generalidad excesiva, en otras deficiente y con frecuencia precedida ó seguida de leucorrea; he ahí el tipo clínico á que nos referimos.

No tratamos de desentrañar plenamente por lo difícil que es hacerlo en un trabajo de la índole del presente, cual es el elemento fundamental creador de este tipo de enferma *uterina atónica*, primitivamente tal; pero nos atrevemos á suponer que si no es lo único, es factor importante ese predominio del sistema linfático, que acusan las circunstancias individuales. Quizás mejor que predominio linfático sea facilidad de enfermar ese sistema en determinados sugetos, con carácter de cronicidad, excluyendo los procesos más vehementes y ruidosos del útero y sus anejos. De todos modos mantiene la predisposición á enfermar un órgano en que tan abundantes son los vasos y dependencias linfáticas y que por otra parte tiene tan fácil acceso para elementos infecciosos que del exterior procedan. En este supuesto y en la inteligencia de que la cucharilla no puede ir á modificar todos esos elementos en el seno del parenquima del útero, ha de ser en definitiva ineficaz para combatir la dolencia.

El legrado podrá modificar el útero cuando su alteración esté supeditada á la de la mucosa, y aun en ciertos casos, cuando la acción refleja que promueve, despierta cierta tonicidad como de reserva, que puede suponerse exista si la atonía es secundaria; pero ha de resultar ineficaz en las mujeres en que el útero es primitivamente atónico en las condiciones expresadas. Un ligero estado de reacción que á cada legrado se produce, y cada vez con menos vigor en tales enfermas, no es más que la expresión del agotamiento, por decirlo así, de la tonicidad uterina, de la misma manera, que en la inercia declarada del útero, con creación del parto, el empleo de los cristócicos tercamente empleados, produce un estado de más profunda y peligrosa atonía.

Esto es lo que sucede en las enfermas á que me refiero y que, por lo tanto, precisará someter á un plan complicado, que modifique en lo íntimo el modo de ser del parenquima uterino. Y no se objete que este resultado es debido, ó á un mal juicio diagnóstico que no relaciona el padecimiento con la precisión anatómica, ó á una técnica defectuosa en la práctica del raspado.

Manteniéndonos en el firme terreno de los hechos en que se inspiran los textos clínicos, bien sabido es, que apenas habrá lesión del parenquima uterino que no lleve aparejada la alteración de la mucosa, y que en las llamadas endometritis concurre frecuentemente la lesión más ó menos extensa del tejido propio del órgano. De manera que las apreciaciones que pudieran hacerse respecto á que antes de verificar el raspado se precisase bien, si la lesión radicaba en el endometrio ó nó, pierden mucho de su valor. Pero al efecto de evitar divagaciones hijas del modo de interpretar esta cuestión, he de evidenciar lo que ya saben muchos ginecólogos, esto es, que el raspado resulta con frecuencia insuficiente para dominar por sí solo el curso de varias endometritis. Y elimino desde luego la otra objeción que podría formularse respecto de técnica defectuosa ú operación incompleta, porque tengo registrado número bastante de casos en que se ha verificado á conciencia por ginecólogos de suficiente competencia y destreza. En varias clínicas extranjeras así como de nuestro país, he visto como, al repetir en muchos sasos el legrado, ha tenido que sumarse al mismo un tratamiento consecutivo vigoroso para conseguir un resultado positivo. Por la consideración de estos hechos, y más con aplicación al tipo clínico que queda descrito, entendemos que el éxito del raspado consiste en gran parte en la metodización de ese tratamiento consecutivo y la persistencia en el mismo.

Ciertamente puede observarse como en muchos de los casos fracasados del raspado, la repetición de éste, seguida inmediatamente de un tratamiento tópico activo que insista sobre la cavidad uterina será coronada de éxito. Aun nos atrevemos á decir que reconocida la existencia de una metritis en enfermos que ofrezcan los caracteres expresados antes, si no no existe una degeneración manifiesta de la mucosa, ni se exige como precaución de asepsia el raspado, sin recurrir á éste, puede obtenerse con dicho tratamiento una verdadera curación. Podríamos citar casos concretos vistos en junta con varios comprofesores, en los que, ó por resistencia de la enferma á que se le hiciese el raspado, ó porque por vía de ensayo se instituyera este tratamiento, se han obtenido curaciones que el decurso del tiempo ha confirmado como definitivas.

El empleo de la creosota, el iodo, el cloruro de cinc y otros agentes que además de su fuerza antiséptica son modificadores locales poderosos, ya por la acción que inmediatamente ejercen, ya por la que deriven de su penetración ó absorción en el seno del parenquima, lo hemos visto obrar de una manera eficaz y manifiesta en úteros refractarios á los beneficios del legrado. Y precisamente en esos úteros primitivamente atónicos hemos comprobado una relación más directa con el éxito obtenido entre los agentes más absorbibles, que no por parte precisamente de los más violentos por su acción de contacto. Así se ha dado el caso de que en aquellos en que por razón de las hemorragias, rebeldes también al raspado, hemos seguido la gama de los hemostáticos, nos ha dado mejor resultado la solución saturada de buen tanino, que no el empleo de percloruro dn hierro, que casi tengo desechado de mi práctica en tales circunstancias. En cuanto al cloruro de cinc lo reconozco como uno de los mejores ó el mejor agente, porque sobre su acción poderosa como antiséptico y hemostático, tiene la facilidad de absorción ó infiltración que le ha hecho clásico desde tiempos remotos para ciertas aplicaciones en el tratamiento da las neoplasias.

Esa serie de medicamentos, á los que agregaremos por circunstancias especiales el ictiol y la adrenalina, obran á mi modo de ver la mayoría de ellos por penetración en los tejidos y modificando aquellos elementos que en el útero tanto abundan y á que antes hacía referencia, esto es, el sistema linfático representado, no solo por los vasos de este nombre, si que también los elementos conjuntivos que vienen á constituir sus dependencias.

La manera como planteamos ese tratamiento es variable según los casos, y nada tiene de especial, que exija minuciosa explicación. Unas veces en forma de inyecciones intra-uterinas (en el rigor de esta frase) otra en la de taponamientos intra-uterinos con gasas impregnadas en líquidos que contengan tintura de iodo ó creosota del 20 al 33 por 100, cloruro de cinc del 3 al 8 por 100, en una palabra en proporciones de actividad bastante que por lo general no resulte muy caústica.

Este tratamiento local no solo lo instituimos de una manera vigorosa eligiendo agentes activos, si que también repitiéndolo con frecuencia y persistiendo en él por bastante tiempo, pero aunque esta última circunstancia puede hacer creer que se prolongue mucho, siempre resulta en los casos á que me refiero, una gran economía de tiempo sobre el empleo de varios raspados infructuosos. Podría efectivamente citar ejemplos bien decisivos en este sentido de pacientes que habiendo acudido cada una de ellas á la consulta de varios especialistas de distintas poblaciones han visto transcurrir meses y meses

esperando inútilmente el ansiado beneficio que se prometían de uno y otro legrado y que han curado luego en tres meses, en dos, y hasta en semanas contadas, con un tratamiento local cuidadoso. Entiéndese que en esta frase incluimos no solo el empleo de los agentes indicados, si que también las condiciones previas de una terapéutica intra-uterina de buena ley en el estado actual de conocimientos, esto es, apelando á la dilatación amplia del cuello uterino que permita alcanzar á los instrumentos todos los recodos del órgano, y á la desinfección y asepsia de la cavidad llevada hasta donde lo exijan las circunstancias. A este objeto empleo con frecuencia el escobillaje bien con utensilio de cerda recia ó con los de alambre, y aun si fuera preciso recurro á un legrado, que no alcanza más que el carácter de un medio auxiliar.

Excuso insistir también en el precepto de atender al estado general del enfermo que para los casos que he citado, requiere también su tratamiento. Los tónicos, los reconstituyentes, los antiescrofulosos, la medicación yodurada y aun la bromurada, llenan indicaciones bastante estimables.

En resumen, pues, para los casos bien comprobados del tipo clínico que hemos señalado, no debemos prometer la curación por el raspado, sino principalmente por un tratamiento local vigoroso, que según los casos y circunstancias podrá emplearse sin ese recurso operatorio, ó adicionado del mismo, con el carácter entonces de medio auxiliar. La repetición excesiva del raspado debe considerarse en tales circunstancias como inútil cuando no perjudicial.

De todo lo expuesto resulta, que en beneficio de ciertas enfermas y del crédito mismo de la operación; conviene precisar las indicaciones del raspado y evitar un abuso.

No es nuestro objeto prolongar este trabajo más allá de lo preciso gara considerar un punto de vista personal ya consignado y por lo tanto no he de profundizar el estudio por otros derroteros, pero séame lícito señalar las metritis crónicas inveteradas ó en período esclerósico y las neoplasias malignas, afecciones que pueden colocarse al lado de los casos anteriormente indicados como fracasables para el legrado. Si bien es verdad que alguna vez como recurso aséptico más que otra cosa, puede dicha operación producir beneficio, este es limitado y no hay que esforzarse en demostrar que entonces no pasa de una debil paliación. Por la tanto la pertinacia en el empleo del raspado uterino, su frecuente repetición en tales casos, no acredita al ginecólogo, y constituye también un proceder abusivo.

No creemos que con los argumentos expuestos y la consideración de hechos que están en la conciencia de los que á diario practican la

ginecología, más las salvedades que establecemos bajo el punto de vista del diagnóstico de ciertos casos, se me pueda arguir que haga sistemática oposición al uso del raspado uterino. He querido combatir tan solo el abuso, al objeto de que procediendo siempre con plena conciencia y razón, sea más feliz la acción del cirujano y más acreditada en su lícito uso la maniobra operatoria. Por lo tanto, reconozco el verdadero valor que tiene ese recurso para las enfermas en que no concurren las circunstancias antes consignadas que cooperan al fracaso terapéutico. En las demás enfermas casi todas las metritis benefician del legrado una importante modificación, en especial aquellas que radican con frecuencia en el endometrio. En las que existe verdadero estado degenerativo de la mucosa, cualquiera que sea la condición de la enferma se requiere el legrado, así como es indispensable en las fungosas, en gran parte de las endometritis hemorrágicas y en las deciduales. Para todos estos casos constituye el raspado uterino un recurso triunfador con tal que se verifique sin vacilaciones y de *una manera completa*. Y subrayamos esta frase porque así como unas veces hemos visto desacreditada la operación por el hecho de prodigarla, otras nos hemos convenido de que no se ha triunfado á pesar de ser perfecta la indicación, por no haberse verificado de un modo concienzudo la abrasión total de la mucosa uterina. Sirva esta declaración, con el antecedente de que durante más de catorce años en las clínicas oficiales en que hemos intervenido y constantemente en la privada, he realizado con frecuencia y sin vacilación aquella maniobra operatoria siempre que había garantías de éxito, que á la vez que beneficiaba á la enferma asentaba el crédito de un recurso que como todos es racional cuando están bien cimentados el diagnóstico y la indicación.

En suma, pues no hemos tratado de proclamar más que el imperio del buen sentido práctico en el empleo de un medio quirúrgico que se ha llevado á la exageración. Concédase al mismo, como á todos los recursos terapéuticos todo su valor; pero mantengámonos en el justo límite de la intervencion tan calculada como decisiva que derive de las circunstancias individuales del paciente. Recordemos que en la terapéutica ginecológica, aparte de la rectitud que siempre se impone al médico como entidad inteligente y humanitaria, hemos de tener en cuenta la noble finalidad social del funcionalismo genérico y procurar por el caminó más corto la reintegración de la mujer á la normalidad en toda la extensión de la palabra.

Esto nos impone también evitar el abuso de una operación que en los casos de repeticiones infructuosas y excesivas puede conducir á la

esterilidad, palabra que tanta preocupa hoy á las naciones civilizadas en que la disminución de prolificidad constituye una seria amenaza.

Reasumiendo ahora los conceptos que hemos querido asentar, he ahí nuestras

CONCLUSIONES

1.ª Es un hecho consignado por varios autores modernos la tendencia excesivamente generalizadora de algunos ginecólogos que emplean el raspado uterino en todas las metritis.

2.ª Esa tendencia perjudica al legítimo uso de dicha operación, cimentado en un buen diagnóstico y una indicación perfecta.

3.ª Existe un tipo clínico de enfermas en que los fracasos del raspado son muy frecuentes y pertinaces, debido á la atonía primitiva del útero, muchas veces vinculada con el linfatismo, con el escrofulismo ó con la neurastenia.

4.ª En esos casos viene á completar y aún á superar la acción del raspado, el tratamiento local consecutivo á dicha operación, con tal que sea vigoroso.

5.ª En algunas de dichas enfermas, si no se requiere el raspado como medida previa de asepsia intra-uterina, el tratamiento local por medio de agentes enérgicos absorvibles, que lleven sus efectos más allá del punto de contacto pueden producir una curación perfecta.

6.ª Los agentes de que me valgo para obtener este resultado son principalmente el iodo, el cloruro de zinc, la creosota, el ictiol, la adrenalina y el tanino puro, empleando los más activos en proporciones tales que no alcancen una causticidad pronunciada.

7.ª Entiendo que la manera de obrar de estos agentes consiste en modificar el sistema linfático del útero mediante su difusión más ó menos activa que los hace superiores para el caso á los medicamentos poco ó nada absorbibles.

8.ª En los casos más manifiestos del tipo clínico á que me refiero, no debemos prometer la curación con el uso del raspado, sino indicarlo únicamente como medio auxiliar. Se insistirá en un tratamiento local vigoroso y aun á veces con este solo, y prescindiendo del raspado, obtendremos la curación. En todo caso, la repetición excesiva del raspado será completamente inútil cuando no perjudicial.

9.ª Junto con los casos anteriores figuran las metritis parenquimatosas inveteradas ó en período esclerósico y las neoplasias malignas, en el concepto de que el raspado uterino es ineficaz ó todo lo más reviste el carácter de un débil paliativo.

10.ª Eliminados los padecimientos antes indicados tiene el raspa

do uterino extenso campo donde desarrollarse como medio verdaderamente curativo. Las metritis en que toma principalmente parte la mucosa, en especial las fungosas, hemorrágicas y desiduales curarán á la primera ó primeras operaciones completas de raspado uterino.

TRATAMIENTO DEL CANCER UTERINO COEXISTIENDO CON EL EMBARAZO

por el Dr. SEBASTIAN RECASENS Y GIROL (Madrid).

Para establecer la línea de conducta que debe seguirse en un caso de coexistencia de embarazo y carcinoma uterino, hácese precíso exponer el concepto que se tiene de la curabilidad de esta neoplasia en general.

Los ginecólogos todos, están conformes en que la única garantía de curación del cáncer uterino está en operarlo tempranamente, antes que se realice la invasión paramétrica y la propagación linfática; operado en estas condiciones, el cáncer se cura; todos tenemos en nuestro activo un cierto número de casos de curación radical indudable; desgraciadamente, este número es muy pequeño en relación con el de operadas; pero su existencia no puede ser negada.

Esto casos de curación radical inducen á los ginecólogos á buscar el modo de facilitar el pronto diagnóstico de la lesión neoplásica para aumentar el número de probablilidades de curación absoluta, operando inmediatamente de ser conocida la lesión, porque la cuestión de tiempo tiene tal trascendencia, que una neoplasia que un día puede estar dentro de los límites de la curabilidad absoluta, á los tres días puede haberse propagado de modo que su curación no sea posible.

Insistir en esto sería pretender demostrar lo que no necesita demostración, pues los hechos individuales han llevado el convencimiento completo á nuestro ánimo.

La técnica quirúrgica ha llegado en los casos de cáncer uterino á un notable grado de perfección; lo que falta en la actualidad no son procedimientos operatorios buenos; lo que se necesita son medios de diagnóstico rápido para poder obrar á tiempo; modos fáciles do apreciar el carácter neoplásico de la afección cuando se inicia, tanto más difíciles, cuanto la insignificancia de las manifestaciones morbosas en su principio es tal, que no llaman suficientemente la atención de la enferma de modo que la hagan someter á un reconocimiento.

En la mayoría de casos, cuando la enferma acude al médico, ya las lesiones llevan mucho tiempo de fecha; educar á la mujer en el sentido que se someta á un reconocimiento en cuanto se presenten perturbaciones genitales, del mismo modo que consulta al médico cuando sufre de un catarro ó de una dispepsia, sería, en nuestro sentir, hacer más por la curabilidad del cáncer uterino, que lo que han hecho Freund, Czerny, Kelly, Maackenrot, Wertheim, Joanesco, Doyen y tantos otros notabilísimos operadores con sus perfeccionamientos técnicos.

Esta cuestión de tiempo es tan trascendental al estudiar la coexistencia del carcinoma con el embarazo, que constituye la base de las indicaciones; no es ya la vida de un sér lo que se discute, sino la de dos: una amenazada mortalmente, otra con derechos á la vida, pero incompatibles ambas entre sí, ó, por lo menos, con evidente perjuicio mutuo.

El cáncer uterino tiene una acción perjudicial sobre el embarazo, del mismo modo que éste influye muy desfavorablemente sobre la evolución de aquél.

Auvard (1) afirma que en una tercera parte de casos el huevo se expulsa antes de término, y que dos terceras partes por lo menos de fetos están destinados á morir.

Pozzi (2) sostiene igual afirmación; Sarwey (3) dice que el cáncer del cuello del útero produce de un 30 á un 40 por 100 de abortos ó partos prematuros; proporción análoga establecen Bar (4) y Hermann (5).

De manera que aun cuando se nos prosente en un caso de coexistencia de embarazo y carcinoma el problema de la salvacion de la vida del feto, éste no ofrece más que un tercio de garantías de vida, pues, si no por salir antes de tiempo, por obstáculos que se le ofrecen en el acto del parto, tiene las dos terceras partes de probabilidades de no nacer vivo.

Las distocias dependientes de la existencia del cáncer del cuello son de todos conocidas para que insistamos en su importancia; sólo mencionaremos el hecho muy frecuentemente observado de detenerse por esta causa el parto después de iniciado, constituyendo el *mised labour* de los ingleses.

---

(1) Auvaad: «Traité d'acouchement», pág. 554, ed. esp..
(2) Pozzi: «Tratado ginecológico». Trad. esp., pàg. 354.
(3) Serwey: «Encicl. ginec. Veit.», t. IV., pág. 307.
(4) Bar: «Thesse d'agregation», Paris, 1886.
(5) Hermann: «Tran. of. obst. Soc. of. London», XX, pág. 191.

En las enfermedades diatésicas hereditarias no participamos del pesimismo de algunos, que convierten á los hijos en herederos fatales de los procesos morbosos de los padres; nosotros creemos que el hijo presenta, en su estructura celular, algo que significa menor resistencia, debilidad natural y congénita, que le predispone á efectos iguales ó parecidos á los de sus progenitores, pero que puede luchar contra esta herencia y puede vencer en la lucha; el hijo de un tuberculoso, de un alcohólico, de un canceroso, hereda la diátesis, pero puede luchar contra ella y vencerla.

Esta idea la expongo porque quiero hacer constar que en la determinación de la línea de conducta que debemos seguir en los casos que estudiamos, no influye para nada el argumento de orden sociológico que algunos exponen, al pretender que impedir que vengan al mundo sêres con estigmas degenerativos es obra de selección, de la que la sociedad no puede menos de salir beneficiosa; no: nuestra idea sobre este particular es que el hijo de una carcinomatosa, por lo mismo que puede luchar y aun vencer los estigmas heredados, merece todos nuestros respetos, y conceptuamos su vida de igual valor que la de los que nacen de padres sanos; y que si nos vemos obligados en algunos casos á prescindir de ella, es porque entre la suya y la de la madre existe incompatibilidad absoluta.

El embarazo influye muy desfavorablemente sobre la evolución del carcinoma uterino; todas las neoplasias reciben, con la gestación, un impulso de crecimiento muy marcado; en el cáncer los progresos de la enfermedad son tales; que en muy pocas semanas un carcinoma pasa los límites de la operabilidad. Zweifel (1), en un caso, marcó con un hilo el límite aparente entre el tejido sano y el enfermo, y observó que en catorce días había el proceso avanzado en la extensión de dos traveses de dedo. Nosotros; en un caso de carcinoma, que conceptuamos inoperable por la extensión de las lesiones á los parametrios, pero en el que la vagina estaba sana al parecer, en dos meses progresó de tal modo la neoplasia, que antes de llegar á término el embarazo, se perforó la vejiga y se extendió á toda la mitad superior de la vagina.

A simple vista se observa en los casos de embarazo, que los carcinomas se reblandecen y ponen tumefactos; esto es debido á la mayor suculencia de los órganos genitales todos, y los resultados de esta propagación son manifiestos. Ante este hecho evidente de observa-

(1) Zweifel: «Vorlensungen über klin gynakól». Berlín 1892.
(2) Pinard: «Congreso de Roma, 1902. Anal. de Ginecol».

ción clínica, no puede menos que extrañarme que Pinard, que cree en la curabilidad del cáncer si se opera tempranamente, defienda la técnica de esperar á practicar la operación radical á que la mujer haya llegado al término de la gestación (2), pues las garantías mayores de salud que ofrece el feto se adquieren á expensas de la madre, que con la espera llegará indefectiblemente a alcanzar los límites de la inoperabilidad;

Teniendo presentes estos tres extremos: 1.°, curabilidad del carcinoma uterino si se opera tempranamente; 2.°, influencia nefasta que tiene el cáncer sobre el embarazo y 3.°, impulso de crecimiento que recibe la neoplasia por el hecho del embarazo, vamos á estudiar los diferentes problemas que se nos pueden ofrecer. Ante todo, es preciso que dividamos los casos en dos categorías:

1.° Cáncer operable.

2.° Cáncer inoperable.

Entendiendo por operable aquel que permite, por la limitación de lesiones, suponer una extirpación total, absoluta, y por tanto esperar una curación radical, y por inoperable aquel que por haber llegado la invasión á los parametrios, aun cuando quirúrgicamente sea posible extirparlo, no nos ofrece garantías de no recidivar.

1.° *Cáncer operable.*—Debemos, para el estudio de este punto, subdividirlo en tres, que son: 1.°, embarazo en los primeros cuatro meses; 2.°, embarazo en el quinto y sexto; 3.°, embarazo en el séptimo octavo y noveno mes.

Cuando se diagnostica un carcinoma del útero durante los cuatro primeros meses de la gestación, la indicación operatoria es tan absoluta, que así tocólogos como ginecólogos la aceptan sin limitaciones. Aun los que, amparados en la ortodoxia más severa, no admiten la licitud moral de la provocación del aborto en ningún caso, admiten la indicación operatoria, pretextando que antes del quinto mes no es posible tener certeza que el embarazo sea positivo, pues como dice Pozzi (1), es muy fácil la confusión de un piómetra con un embarazo de los primeros meses.

Sin negar la posibilidad de la confusión, me parece tan excepcional la misma, que, más que una defensa científica, resulta una justificación de conciencia timorata, que no pudiendo olvidar que debe defender la vida de la madre, pretende con un hecho raro acallar las protestas que á su mismo juicio se hace al prescindir de la vida del feto.

Nosotros hemos operado en estas condiciones cuatro veces, y nunca

(1) Pozzi, loc. cit.

la duda diagnóstica nos ha invadido; porque en la época de la operabilidad del carcinoma del cuello, es decir, en aquellos casos de lesiones circunscritas, la piómetra no es posible; los fenómenos de retención son propios de los carcinomas avanzados, de aquellas neoplasias que por su extensión no podemos colocarlas en el grupo de las operables.

Aceptada, pues, la indicación operatoria, veamos el modo de cumplirla: puede hacerse la amputación supravaginal del cuello, en la actualidad desechada (no sabemos si con fundado motivo en todos los casos), y la histerectomía total. Dejaremos la primera, porque su discusión nos llevaría á un terreno distinto del en que debemos permanecer, y nos ocuparemos sólo de la extirpación total del útero.

Como técnica operatoria, es igualmente practicable la histerectomía vaginal que la abdominal. El volumen del útero en los cuatro primeros meses permite su extracción por la vía vaginal, sin necesidad de secciones que puedan ser causa de injertos neoplásicos; las estadísticas de Theilaber (1) dan 10 curaciones en 10 casos, y las de Bechman (2) 17 en igual número de observaciones.

La facilidad de la extracción del útero por la vía vaginal durante los cuatro primeros meses de embarazo, es incontestable; el reblandecimiento de los órganos pelvianos, lejos de constituir una dificultad, facilita el descenso uterino y, por tanto, la extirpación. El exceso de vascularización produce una pérdida de sangre abundante, principalmente por la sección del collar vaginal, pero sin que esta mayor cantidad de sangre llegue á constituir una contraindicación.

Pero á pesar de la posibilidad y aun relativa facilidad de la histerectomía vaginal, preferimos la abdominal, porque concurren en los casos de gestación las mismas circunstancias que en el útero carcinomatoso vacuo, y la posibilidad de extirpar los parametrios y de reconocer y extraer el sistema ganglionar es una ventaja tal, que, aun representando una gravedad algo mayor en el acto operatorio, significa un aumento de garantías de curación radical, que hace considerarla como método de elección.

Por otra parte, la sección abdominal permite hacer la operación casi exangüe; las ligaduras de las útero-ováricas, uterinas y vaginales aseguran la hemostasia definitiva antes de la extirpación total del útero, al tiempo que la práctica de un proceder como el de las pinzas perivaginales de Wertheim pone por completo al peritoneo al abrigo de una infección.

---

(1) Theilaber: «Arch. für gyn», 1894, pág. 56.
(2) Bechman: «Zeit. für geb. und gyn, 1896, pág. 1.

No pretendemos hacer la apología de la vía abdominal en desprestigio de la vaginal; pero admitiendo aquélla como método de elección en los casos de útero vacuo, creemos que hay que aceptarla con igual criterio en los casos de útero en gestación, pues los fundamentos subsisten de igual modo.

Así como la indicación operátoria en los cuatro primeros meses del embarazo ha sido aceptada por todos los tocólogos y ginecólogos, y las diferencias surgen sólo en el método ó procedimiento operatorio, cuando se trata de una mujer en el quinto y sexto mes del embarazo las divergencias son mayores. Muchos son los que creen que es preciso tener en cuenta la vida del feto, que ha dado por sus movimientos y ruidos cardiacos fe de su existencia, y esperar á que llegue la mujer á la época en que la viabilidad del feto sea efectiva, para entonces proceder á la operación radical. Este modo de pensar me parece reñido en absoluto con todo lo que precedentemente hemos expuesto sobre la marcha y la curabilidad del cáncer uterino; el dilema que se nos presenta es saber si la enferma es operable ó no, para proceder con energía en el primer caso, prescindiendo en absoluto de la vida del feto, ó dejar que las cosas evolucionen naturalmente, para en su época practicar lo que expondremos al tratar del cáncer inoperable.

No caben, en nuestro sentir, términos medios acomodaticios: ó el cáncer es operable, ó no; pretender esperar en el primer caso, es desconocer la marcha y evolución de la neoplasia; la curación depende de la exéresis amplia y tempranamente practicada; no un mes, una semana no puede ser esperada cuando la indicación operatoria existe. Todos los ginecólogos están contestes en afirmar que la curabilidad absoluta depende de la prontitud diagnóstica y de la intervención inmediata, y en los casos de embarazo en el quinto y sexto mes, por salvar un feto que tiene dos tercios de probabilidad de no vivir, se expone á la madre á una muerte segura; esto no es posible aceptarlo: la vida del feto nos merece toda clase de respetos; pero cuando, como en el caso actual, es incompatible su conservación con la de la madre, la elección no es dudosa; debe prescindirse de ella, y operar en las mismas condiciones que si el útero estuviese vacío.

En el quinto y sexto mes, ¿qué método operatorio debemos seguir? Podemos utilizar la vía vaginal por *morcellement*; la misma, precedida del aborto, y la abdominal. Extirpar un útero canceroso seccionándolo, es operar buscando el modo de hacer las cosas mal; la infección por una parte, y los ingertos cancerosos por otra, serían los resultados de tal práctica; nadie, en la actualidad, puede aconsejar esta téc-

nica; pretender sacar un útero entero, de ese tiempo, por la vía vaginal, sin antes vaciarlo, es querer hacer imposible una operación de técnica fácil.

Vaciar el útero momentos antes de la operación por medio de instrumentos, ó provocar el aborto, y en el puerperio extirparlo, era operación perfectamente aceptable en la época en que la histerectomía abdominal constituía una operación de extraordinaria gravedad; los perfeccionamientos de técnica han disminuído de tal modo, que el método de provocar el aborto, y después de vacuo el útero practicar la extirpación, nadie lo aconseja ni tiene fundamento clínico. Dührsen (1) y Winter (2), que lo aconsejaron en un tiempo, hoy lo han abandonado.

La histerectomía abdominal total es la operación que se impone en estos casos; la técnica debe ser la misma que la de la extirpación de un mioma uterino por el proceder americano, ó mejor, la que aconseja Wertheim para la cura radical del carcinoma en los casos de útero vacuo; la extirpación de los parametrios, el examen y extirpación, en su caso, de los ganglios linfáticos, es la parte integrante del procedimiento del sabio ginecólogo vienés. Paréceme que para facilitar la maniobra es práctica prudente vaciar el líquido amniótico por la vagina, perforando con un trócar largo las membranas, para de este modo disminuir algo el volumen del útero; en un caso que operé en estas condiciones, lo puse en práctica, estando satisfecho de ello.

Hay que procurar, no sólo no abrir la cavidad del útero, sino aislar por medio de pinzas el trozo de vagina que debe ser seccionado, para evitar que secreciones patológicas del cuello puedan infectar la cavidad peritoneal.

En los casos de coexistencia de carcinoma y embarazo que ha llegado á la época de la viabilidad del feto, la conducta del tocólogo difiere de la hasta ahora indicada; existen, en este caso, dos vidas que pueden ser salvadas, y á ello hay que dirigir el esfuerzo. La indicación operatoria es, como en los casos anteriores, inmediata; pero la técnica ha de variar forzosamente, ya que la salvación de la vida del feto se impone.

Dos métodos principales se nos ofrecen para realizar la operación: 1.º, provocar el parto y en el puerperio practicar la histerectomía total; ó 2.º, hacer la histerectomía total precedida de la operación cesárea.

---

(1) Dührsen: «Central für gyn.», 1897, pág. 942.
(2) Winter: «Zeit. f. Geb. und gyn.» Bd. 37-H, 2, pág. 360.

Con la provocación del parto la vida del feto corre algún peligro más que con la extracción cesárea, dadas las dificultades que pueden originarse en la expulsión por causa de las lesiones carcinomatosas del cuello. Por otra parte, estas mismas lesiones pueden ser causa de roturas uterinas, de infecciones, hemorragias, etc., que compliquen la histerectomía subsiguiente al parto.

La operación cesárea, seguida de la histerectomía total por el procedimiento de Wertheim ú otro análogo, es, según nuestra opinión, el método de elección, el que debe merecer las preferencias, no sólo por las garantías de vida que ofrece para el feto, sino también por las que representa para la madre.

No entraré en detalles sobre el modo de practicar la incisión uterina para extraer el feto; sólo diré que la incision ánteroposterior del fondo, preconizada por Carusse, ó mejor aún, la transversal de Fritchs, es la que da más facilidades de ejecución, de salvación del feto al tiempo que impide la caída de líquidos en el interior de la cavidad peritoneal, que, dada la lesión neoplásica, pudieran ser infectos.

En resumen de lo expuesto, debemos hacer constar que, sea cual fuere la época del embarazo, en tanto el cáncer es operable, la indicación operatoria inmediata es absoluta, variando sólo la técnica, según sea ó no viable el feto. Esta opinión ha sido sustentada por gran número de ginecólogos, entre los que debemos citar á Dimitri de Ott (1) Zweifel (2), Mackenzoth (3), Stocker (4) y muchos otros, que, colocados en el terreno firme de la curabilidad del carcinoma cuando se opera tempranamente, no pueden permanecer impasibles viendo cómo los progrosos de un mal positivo que debe matar á la madre, se posponen á la conservación muy dudosa de una vida incompatible con la de aquélla.

Cuando el carcinoma es inoperable, es decir, cuando su extirpación no nos da garantías de curación radical, la indicación es esencialmente distinta: en estos casos, la vida que importa salvar es la del feto; la de la madre debe ser descontada, pues los progresos indetenibles del mal han de acarrear su fin funesto.

En estos casos la conducta debe variar también según la época del embarazo; en tanto el feto no es viable, hay que procurar por todos los medios que el aborto no se presente. Se evitarán toda clase de ma-

(1) Dimitri d'Ott: «Congrés de Roma», 1894.
(2) Zweifel: «Congrés de Roma», 1902.
(3) Mackenzoth: «Arch. für. gyn.», XLIV, págs. 428 y 568.
(4) Stocker: «Centr», für gyn.», 1892, pág. 632.

nipulaciones, estando absolutamente proscrito el raspar las fungosidades cervicales, pues si el raspado es ligero, no sirve de nada útil, y si es profundo y enérgico, el aborto es la consecuencia inmediata. Dado caso que se presentaran hemorragias abundantes, el taponamiento es el mejor medio de detenerlas; la cauterización con el termo ó con el galvanocauterio puede excepcionalmente ser empleada para detener las metrorragías que no se detengan por otros medios más suaves; pero el aborto es común que siga à una cauterización algo enérgica.

Cuando el embarazo ha llegado á una época en la que la viabilidad del feto es probable, la indicación de intervenir variará según el estado general de la madre y según los accidentes locales que se presenten. Si las fuerzas de la madre permiten suponer que podrá llegarse á las proximídades del término de la gestación, lo mejor es esperar éste para operar, pues cuanto más tarde se verifica la extracción del feto, mayores garantías de vida tiene. Cuando, ya por los progresos del mal, ya por accidentes á él debidos, tales como hemorragias, retención urinaria, infección, etc., tememos por la vida de la enferma, hay qne operar tan pronto como se alcanza la época de la viabilidad, porque si bien la vida fetal corre peligro con salir del claustro materno de modo tan prematuro, mayores riesgos se corren con esperar. Establecida la indicación operatoria, la técnica que debe seguirse es la de Porro, la amputación supravaginal del útero, por su facilidad de ejecución y por impedir que líquidos sépticos se viertan en la cavidad abdominal, es la que da mayores probabilidades de vida al feto sin acortar los días de la madre.

Cuando en un caso de cáncer inoperable el parto se ha iniciado, si la bolsa de las aguas está íntegra, la indicación de la operación de Porro es exactamente igual á la que acabamos de establecer; si el huevo está abierto y el feto encajado, podrá ser preferible practicar algunas incisiones en plena neoplasia cervical y terminar con una rápida aplicación de forceps; sólo así podemos salvar al feto; de la rapidez de la intervención depende el éxito; la vida de la madre corre inminentes riesgos de terminar con el parto.

La comunicación que acabo de exponer paréceme de algún interés en el sentido de fijar indicaciones de modo preciso y con arreglo á los preceptos generales de la ginecología; la particularidad de existir el factor vida del feto hace que no se hallen tocólogos y ginecólogos en unanimidad de pareceres; pero como quiera que la coexistencia del embarazo y carcinoma no es tan rara como algunos suponen, fuerza es que tengamos un criterio práctico que aplicar conforme con el estado de la ginecología actual. La histerectomía vaginal constituía has-

ta hace poco el modo de operar de elección en estos casos; los progresos que en estos últimos cinco años ha hecho la técnica de la abdominal, hace que la resolución de les problemas aplicables á la coexistencia del embarazo haya cambiado radicalmente.

Como resumen general de lo que acabamos de exponer, podemos establecer las siguientes

CONCLUSIONES

1.ª La única garantía de curación del carcinoma uterino es la histerectomía total, practicada antes que los parametrios y el sistema linfático estén invadidos; toda dilación operatoria constituye una pérdida irremediable de garantías de salud de la enferma

2.ª Durante los cuatro primeros meses del embarazo la indicación operatoria puede realizarse con igual éxito inmediato por la vía vaginal que por la abdominal.

3.ª Preferimos la histerectomía abdominal á la vaginal, porque además de las mayores facilidades para la hemostasia, podemos con ella extirpar los parametrios y sistema ganglionar linfático,lo que dá mayores garantías de curación radical.

4.ª Durante los meses quinto y sexto del embarazo, la indicación operatoria es la misma que en los cuatro primeros, porque siendo incompatibles la vida del feto y la salud de la madre, debe ser aquélla descontada; el procedimiento operatorio debe ser el abdominal, porque para extraer el útero por la vía vaginal debiera ser seccionado, cosa que está reñida con las ideas aceptables de los injertos cancerosos.

5.ª La histerectomía abdominal en los seis primeros meses de gestación debe ser practicada sin abrir la cavidad uterina.

6.ª En el último trimestre del embarazo, la indicación operatoria es también inmediata; pero teniendo presente que podemos salvar al feto, se impone la cesárea seguida de la histerectomía total.

7.ª Cuando el carcinoma se ha propagado á los parametrios, sea cual fuere la época del embarazo, debemos perder la esperanza de curación radical, y en consecuencia, la vida de la madre debe ser descontada, y á la conservación de la del feto hay que dirigir todos los cuidados.

8.ª En los casos de cáncer inoperable debemos esperar la época de la viabilidad del feto para practicar la operación de Porro, procurando, en armonía con el estado de la madre, retardar lo más posible la práctica de la operación.

9.ª y última. Cuando en un cáncer inoperable el parto ha comen-

zado, si la bolsa de las aguas está íntegra, la indicación de la operación de Porro subsiste; si el feto está encajado, se deberá practicar una aplicación de forceps, precedida de algunas incisiones liberatrices en el orificio uterino.

Discussion.

Mr. PINARD (Paris): L'importante question du traitement applicable dans les cas de grossesse survenant chez des femmes atteintes de cancer du col de l'utérus, qui vient d'être exposée d'une façon si intéressante par notre collègue Recasens, est discutée depuis longtemps déjà, et a été l'objet d'une longue discussion au Congrès tenu à Rome l'année dernière.

Je ne veux et ne peux suivre mon collègue dans toute son argumentation, et je me bornerai à dire ici que je ne partage pas sa manière de voir et que radical par tempérament, je me range dans la catégorie de ceux qu'il a appelé orthodoxes. Et cela pour les raisons suivantes:

Ce que j'ai vu, ce que j'ai lu, m'a demontré que l'intervention chirurgicale, quelle que soit l'étendue du champ opératoire ne pouvait être considérée comme constituent un *traitement curatif.*

Dans ces conditions, quand je reconnus l'existence d'une grossesse chez une femme atteinte d'un cancer, de partis pris, je me borne au traitement symptomatique; je previens tout grattage, toute intervention sur le col; et je cherche à mener la grossesse à terme. Au moment du travail seulement j'interviens, en pratiquant la laparotomie, l'hysterotomie, pour permettre l'extraction du fœtus, et enfin l'hysterectomie. Et j'obtiens ainsi sur des enfants vivants, un service pour les mères dont l'étendue peut lutter avec celle obtenue par les chirurgiens à la suite de l'extirpation totale de l'utérus.

Dr. CORTEJARENA (Madrid): Mr. Pinard acaba de decir que es ortodoxo, yo lo he sido siempre y sigo siéndolo. Nunca he creido que el cáncer se curaba con la operación, y después de algunos años se ha reproducido. Todo lo que se hace contra el cáncer, es empeorarlo, y continuo diciendo «noli me tangere.»

Peor es todavía intervenir en el embarazo, yo he visto varios casos en los que nada he hecho, y el parto ha sido feliz y en caso de verificarse dos partos durante la existencia del cáncer.

Claro es que el cáncer ha concluído con la mujer, pero no hemos

impedido concepciones, ni hemos contribuído á adelantar el momento de la muerte de la enferma.

La cirugía, conservadora en la ginecología como en la cirugía general, está en su apogeo, y ya la preconicé yo el año 1862 y la he sostenido siempre. Estoy donde estaba, y los cirujanos conservadores han venido á mi y cada día es mayor su número. Por esto tengo cierto orgullo y vanidad que será pueril, pero que os ruego me perdonéis.

Mr. QUEIREL (Marseille): Le cáncer de l'utérus ne doit pas être opéré, ni pendant la grossesse, ni pendant l'accouchement, ni après. On doit se borner á l'opération de Porro, sans toucher au col de l'utérus. Ce n'est pas seulement une méthode basée sur la parole autorisée d'un maître qui nous a amené à poser ces conclusions, mais l'expérience de faits cliniques que je viens de rappeler.

Dr. MARTIN AGUILAR (Granada): La existencia del feto, sobre la cual no tenemos derecho alguno, nos veda en absoluto la extirpación uterina en el caso de que el útero grávido canceroso no haya llegado al octavo mes del embarazo.

No creemos que jamás esté autorizado el profesor para decretar la muerte del feto, sea cualquiera el pretexto científico que se aduzca.

Dr. C. A. GUTIERREZ (Santiago Chile): He oído con marcado interés la comunicación y la interesante discusión á que ha dado lugar tan importante tema; más he visto que aun no se ha tratado la cuestión bajo otro aspecto no menos interesante.

Cuando en un embarazo complicado por un cáncer, muere el feto dentro del claustro materno ¿cuál es la intervención que se impone? Yo creo que en este punto todos estaremos de acuerdo para adoptar como único medio de intervención la histerectomía abdominal total.

Por lo que respecta al punto capital, el distinguido ponente doctor Recasens se ha colocado en dos casos enteramente distintos. El no es partidario en absoluto de la intervención cuando el neoplasma maligno ha invadido al peritoneo pelviano y los ganglios linfáticos circunvecinos al útero y solo se manifiesta decidido intervencionista en aquellos casos en que una operación radical daria á la enferma probabilidades de una supervivencia larga.

Yo no creo, como los que me han precedido en el uso de la palabra de que el embarazo no influya en la marcha progresiva de la afección maligna, ni mucho menos que sea como un freno de la infección. Por

el contrario, el aumento de la circulación, la dilatación de sus vasos sanguíneos y linfáticos colocan el órgano gestador en condiciones las más apropiadas para estender y propagar con rapidez el cáncer y colocar en breve tiempo á una enferma en condiciones difíciles para alcanzar el éxito, ya de por sí en estos casos aleatorio.

Resumiendo, diremos que de los casos de muerte del feto en una embarazada portadora de un cáncer uterino, no se debe ni esperar la terminación espontánea, ni la provocación del parto, porque dada la operabilidad del caso, la única intervención que salva la vida de la enferma es la operación radical, y que en el embarazo complicado de cáncér operable está autorizada la operación radical en los primeros meses, aún cuando el feto esté vivo, pues el producto de la concepción solo tiene escasas probabilidades de obtener un desarrollo completo.

Dr. RECASENS (Madrid): Estoy satisfecho de haber presentado mi comunicación, pues ha dado lugar á que los doctores, profesores Pinard, Martín Aguilar, Cortejarena, Gutiérrez y Quirel, hayan expuesto sus autorizadas opiniones. No es de extrañar las divergencias, pues partimos de un supuesto completamente distinto. Vosotros creeis que el cáncer del útero es una enfermedad siempre incurable, totalmente mortal y sois lógicos no queriendo sacrificar un feto que puede vivir para salvar una madre que consideráis irremisiblemente perdida. Yo creo por el contrario, que el cáncer es factible de una curación radical si se opera á tiempo y por esto aconsejo prescindir de la vida del feto, si con ello puede salvarse á la madre. En lo que no conceptuo que esté en lo justo el profesor Pinard, es en aconsejar la abstención operatoria hasta tanto que el embarazo haya concluído, pues de creer que el cáncer uterino es siempre totalmente mortal no tiene derecho alguno de operarla ni antes, ni durante, ni después del embarazo, pues nadie tiene derecho á hacer operaciones que son juzgadas del todo inútiles.

Apoyando mi criterio he sostenido la conveniencia de establecer la distinción entre los operables y los inoperables, para mostrarme muy activo en los primeros y completamente pasivo con los últimos hasta llegar al término en que conceptuo de necesidad, la operación de Porro.

DE LA SEROTERAPIA EN LA INFECCIÓN PUERPERAL AGUDA

con motivo de dos casos de streptococcia puerperal graves de forma difteroide y uno de ellos, además, con localizaciones séptico-piohémicas.

por el Dr. ANTONIO ORTEGA JIMENEZ (Madrid).

Dos casos de streptococcia puerperal aguda y gravísimos, uno de ellos con fenómenos de propagación vascular y linfática primero á trompa, ovario y ligamento ancho, tejido celular y peritoneo pelviano más tarde, y en su fase piohémica, con metastasis, cutánea, nefrítica, hepática y rectal; con diagnóstico bacteriológico y cultivos puros de streptococo en unas horas, y á los que no modifican en lo más mínimo 480 y 530 cents. respectivamente de suero Marmoreek, en uno de ellos instituído desde el primer escalofrío, y en el otro al agotarse el tratamiento local (irr.gación continua, vaginal é intrauterina) legrado romo, toques con tintura de iodo, colpotomía á lo Treube, etcétera), sin otra manifestación nociva del suero que una pasajera y aguda erupción escarlatinosa de abdomen y brazo, con fenómenos de inflamación dolorosa pasajera de las articulaciones de las extremidades, si es que estos fenómenos no eran debidos á la fase septicémica de la streptococia como la erupción cutánea penfigoide-pustulosa, nefritis supurada y abscesos, el hepático vertido á colon y el pelviano (desaguado por colpotomía posterior) (Treub).

En ambos casos se empleó desde el principio la desinfección lcoal, la irrigación continua y el legrado romo, las dosis máximas de suero Hayem de 300 á 900 centímetros cúbicos diarios, y sintomíticamente desinfección intestinal, alcohol, baños fríos generales, levadura de cerveza y salol y quinina en pequeña cantidad.

De ambos se deduce la confirmación de que el suero Marmoreck antiestreptocóccico, no detiene la marcha de la septicemia ni hace estériles los abscesos (localizaciones) producidos por el strecptococo, así como que aun á estas crecidísimas dosis no es peligroso su empleo.

En ambos y localmente el tratamiento local directo produjo muy pronto notables curaciones locales.

En ambos hubo rasgadura del cuello, producida por parto rápido, provocado por la ergotina.

En ambos el suero Hayem fué de maravillosos efectos, que per-

mitieron ir sosteniendo el pulso y corazón, muy debilitados de una pirexia, tanto tiempo sostenida.

En el caso de séptico-piohemia se llegaron á inyectar durante toda la enfermedad cerca de 12 litros de suero salado (Hayem).

Y en ambos casos la convalecencia fué rápida y el estado general de las enfermas durante su enfermedad, excelente, sin delirio ni pérdida de conocimiento y sin otras molestias que las locales y las generales de la fiebre.

El segundo caso, que no detallo su historia, se trataba de una señora primipara, de constitución regular, que tuvo un parto á término y feliz, en el que su rapidez determinó rasgaduras perineal y uterina, y como de la anterior, me hice cargo de ella en consulta al cuarto día de puerperio y primero de fiebre alta precedida de escalofrío. En este caso, menos complicado que el anterior en la curva gráfica, se indican temperatura y pulso y fecha de inyecciones de suero Marmoreck y de Hayem y sus cantidades, sólo que en este caso, más benigno desde el principio y á la par que el tratamiento local, se instituyó el suero antiestreptococico, con el resultado negativo en cuanto á detención de la marcha de la enfermedad ya indicada.

Las fuerzas se sostenían con champagne frappée, cognac, café, Jerez, leche hervida, suero Hayem y se llenaban las demás indicaciones sintomáticas.

La observación correspondiente á la historia clínica detallada por sus múltiples complicaciones piohémicas, es á la que corresponde la preparación micrográfica adjunta.

HISTORIA CLÍNICA

Doña R. de A., de veinticinco años, casada, cuatro veces parida, de buena constitución, tuve ocasión de verla el 19 de Febrero de 1902, á los cuatro días del parto.

Como antecedentes patológicos dignos de mención se hallan una tumoración, operada dos veces por ¿recidiva?, una por el Doctor Acero y otra por el Doctor Madrazo, tumoración situada en la region supra-escapular y que en la actualidad su cicatriz está formada por tejido fibroso duro y tumoral, dándole el aspecto de un queloide cicatricial, esta tumuración, dos veces extirpada, en una su diagnóstico histológico fué el de sarcoma, y de la última extirpación van ocho meses y de la primera (en la que se hizo diagnóstico histológico), dos años.

En lo que concierne al aparato genital, esta enferma fué asistida

por un padecimiento uterino y legrada por el Doctor Gutiérrez, de Madrid, después de su primer hijo, habiendo tenido después dos partos normales con puerperio fisiológico y el último normal y puerperio patológico.

Como antecedentes de la enfermedad actual, sólo existen, según el compañero de cabecera que la asistió al parto, que éste fué normal, de vértice, y que hubo un poco de hemorragia por inercia después de la expulsión placentaria completa, lo que hizo la dispusiera cornezuelo de centeno.

Que la enferma siguió bien, de estado general sobre todo, y del local se quejó de dolor y pasó al hipogastrio y lado izquierdo; por estar enfermo el médico que la asistía y su buen estado no hay dato alguno de termómetro hasta el día 19 por la mañana en que, después de un fuerte escalofrío, náuseas y vómitos fuertemente biliosos, tuvo 40,7; esto hizo que se avisara al facultativo de cabecera, y motivó la consulta á las dos de la tarde de dicho día, del de cabecera, otro comprofesor y el que suscribe, encontrándose la enferma en el siguiente estado actual:

Como datos generales, pulso, 150, pequeño y blando; temperatura, 41 grados, piel seca y ardorosa, disnea febril; no hay cefalalgia ni delirio.

Náuseas y vómitos espontáneos y á la ingestión de cualquier líquido, de dichas materias fuertemente teñidas de bilis (de color verdoso); no hay diarrea.

Datos subjetivos, dolor en el hipogastrio y fosa iliaca izquierda, espontáneos, fuertes y exacerbados á la presión, y más difusos y menos acentuados en todo el vientre, (timpanismo), sensación de peso en toda la región infra-umbilical, cuyo dolorimiento se irradia á las caderas y región lumbar.

Datos objetivos, tumoración infraumbilical, dura, que por la línea media llega hasta el ombligo y por las partes laterales no sube tanto pero se continúa lateralmente hasta la cresta iliaca de dosigual dureza y difusamente.

Por tacto vaginal se halla el cuello blando, caliente, dilatado y rasgado, por el lado derecho el fondo de saco deprimible y posible el encuentro bimanual que por el izquierdo es imposible.

Puestas las valvas se hallaron comprobados los datos del tacto vaginal y además se pudieron apreciar pseudo-membranas en la herida uterina, el cuello y los fondos de saco vaginales, así como dentro del canal cervical; y todo bañado de pús y de un color gris y la palpación de cuerpo del útero á través de fondo de saco vaginal acusaba á éste

dilatado y rasgado de bordes grisáceos y blandos y aspecto difteroide.

Ante este cuadro sintomático por unanimidad se afirmó el diagnóstico de metro-salpingitis puerperal (casi seguramente estreptococica) por la forma difteroide de las lesiones, amén de los demás síntomas generales.

Se la prescribieron los calomelanos para realizar la desinfección intestinal y se convino en proceder á la desinfección local, por medio de una amplia irrigación primero vaginal y luego intrauterina con sublimado al 1 por 2000 primero, y luego al 1 por 4000; se procedió, ipso facto, á practicar un legrado romo (el útero *in situ*) y con valvas vaginales por no creer procedente bajarlo por su fragilidad y por no abrir puertas á la propagación linfática de la infección uterina con los garfios de las pinzas, y por las mismas razones el legrado se practicó con cucharilla roma, toque de las placas difteroides después de legradas con tintura de iodo y gasa iodofórmica intrauterina para facilitar el desagüe. Todo esto se hizo sin anestesia para ahorrar quebrantos á la enferma y se trasladó á la enferma á la cama.

Diario de observación: 19 Febrero (una de la tarde) al encargarme de la enferma en consulta 40,7 pulso, 150 vómitos porráceos y biliosos.

Tres tarde: Irrigación intrauterina, legrado con cucharilla roma, temperatura 40,6, pulso 140; siete tarde, 41, pulso 144. A esta hora y sospechando posible retención de la gasa, extracción de ésta, irrigación de 4 litros de sublimado al 1 por 1.000 y diez de agua hervida para arrastre del sublimado, idem intestinal con agua hervida que determinó la expulsión de escremento formado.

10, noche: 40,3, pulso, 126.

Día 20: 39,8, pulso, 116, una madrugada.

» 3 madrugada: 40,2, 116-irrigación intrauterina de 16 litros al 1 por 16.000 de agua hervida.

4 madrugada: 40,00; y 114.

6 ídem: 39,7; y 108.

7 1/2 ídem: 39,2; y 108.

9 ídem: 39,1; y 110.

11 mañana: 39,9; y 120, irrigación intrauterina de 20 litros de sublimado al 1 por 20.000.

12 y 1/2 tarde: inyección de 300 cens. de suero salado.

Quinina que se intentó dar al ver que habían desaparecido los vómitos espontáneos y por ingestión (pues toleraba el champagne helado y leche con cognac que se la daba); pero que no toleró por lo que hubo de desistir de su administración.

5 tarde: 40, y 120.

6 1/2 ídem: 39,8; y 120.

8 noche: 40,5; y 130, lavado intrauterino de 16 litros de agua hervida caliente.

10 noche: 40,4, y 120.

Reaparición de náuseas y calambres de estómago. Administración de 15 milígramos de estracto tebaico en una pildorita que contuvo y que se la siguió administrando en esta forma cada 4 horas.

Día 21: Madrugada y mañana, temperaturas 39,5, 38, 37,8, 37,6, 38, 38,3 y pulso de 116 á 92 pulsaciones con relación á las temperaturas.

Tarde: 38, 38,3, 37,9 y de 100 pulsaciones á 92, como mínimum; sigue con menos molestias, sin vómitos y muy mejorada del estado local (vagina y utero) si bien sigue el dolor á la presión del lado izquierdo (fosa iliaca); siendo de notar que lo primero influenciado fué el estado local y el pulso, pues á pesar de esto la temperatura si bien remitió el 21 como se verá y los vómitos cesaron, aquella volvió á remontarse tras violento escalofrío el 22.

Día 22.—Temperaturas: 37'5, 37'5, 36'8, y pulso 90, por lo cual solo se practicaban con las más rigurosas precauciones asépticas (como todo lo que se hacía), lavados vaginales con cánula de cristal roma y hervida, y con una solución sublimada 1 por 4.000.

Por la tarde escalofrío, 38'6, luego 29'6 y más tarde 40°, irrigación intrauterina de dos horas de duración; las primeras de sublimado 1 por 4.000, y el resto de agua hervida esterilizada.

Màs tarde, y á pesar de todo, 40°; pulso 120; por lo que en vista de la recaída se practicó la segunda inyección de suero salado fisiológico 300 cens., siguió la temperatura oscilando entre 39,6 y 40,2, por lo que de 11 á 1 de la madrugada se practicó la irrigación intrauterina continua, primero con sublimado débil y más tarde con agua esterilizada.

De novedad, tumefacción fosa ilíaca izquierda aumentada, y más sensible á la presión, pero más netamente marcada y mucho más limitada, y que el pulso no pasó de 120 como máximum.

Día 23.—39,6-39-38,8-38,6,-37,9-38,2-40,5-40,3 y 40,5 pulso de 105 á 120; á las cuatro de la tarde y á las ocho, horas que subió (con escalofrío) la temperatura, se practicaron dos sesiones de irrigación contínua intrauterina, como las anteriores, en cuanto á duración (dos horas), naturaleza de las disoluciones y práctica de las mismas (esterilización por ebullición (Schrin y Cureh) valvas vaginales, etc. etc., pudiendo apreciar que vagina y cuello estaban normales, y el útero también, no precisando volver á usar tópico local (iodo), pero en cambio

la sonda de Frichs, se atascaba con falsas membranas, por lo que tuve que sustituirla por una grande de Doleris, y que ni el pulso volvió á remontarse, ni los vómitos á aparecer, y el estado goneral, salvo la temperatura, era excelente.

Desde las doce de la noche del 23 á igual hora del 24, 40,7, por lo que se le dispuso un baño general á 30 grados, que se fué enfriando hasta 28, y que duró veinte minutos, y que solo produjo 6 décimas de descenso (40,1); después, 39,7; pulso 120 y débil; tercera inyección de 300 centímetros cúbicos de suero salado.

Sigue la temperatura en 39,7 á las tres y media de la mañana, dándosela otro baño general de veinte minutos, y de 28 grados centígrados, sin lograr descenso apreciable do la temperatura; logrando únicamente calmar un poco la excitación nerviosa que la enferma tuvo toda la noche, pues durmió unas horas hasta las siete; 39,5 y 39,9; pulso 120, sesión de irrigación intrauterina de igual duración y condiciones que las anteriores, salvo la substancia que era permanganato potásico en vez de sublimado.

A las 10 y media de la mañana, baño á 27° de 30" sin que se lograra bajar la temperatura, únicamente se regularizó el pulso que de 130 bajó á 110, y la temperatura siguió en 39,7.

12 del día: lavado intestinal con agua hervida y sonda rectal seguida de abundantes deposiciones.

1 tarde—40°—124 pulsaciones, sesión de irrigación intrauterina contínua de dos horas con sublimado débil (1 por 20.000).

4 tarde—39—pulso 108.

7 y media tarde—38,5 y 108 pulsaciones.

10 y media noche—38,2 y 104 pulsaciones.

Estado general, igual al local lo mismo, curada la rasgadura uteri rina y perineal, limpio y de bnen color, vagina y útero (cuello) no obstante y como si le cayeran en él de otro sitio trozos membranosos, en unas irrigaciones si y en otras no, mayor limitación, abultamiento y dureza de la trompa izquiérda y ligamento ancho correspondiente.

Día 25.—La temperatura.—37,8-37,9-37,6-37,4-37,4-37,6 y 38,5; el pulso osciló entre 92 y 110 pulsaciones por minuto. Cuatro horas de irrigación intrauterina con permanganato 1/4000 y agua hervida sola desde el 8° litro.

Día 26.—Temperatura.—38-37,9-37,6-37.9-38-38-5; pulso de 96 á 112. En éste día no volvieron á salir con el lavado restos membranos.

Día 27.—A las 12 y media de la madrugada y tras una ascensión, continúa desde 38,5 (última del día anterior) se produce la subida de

pulso y temperatura á 120 y 40° respectivamente, habiendo aumentado á la par la tumoración lateral izquierda así como la sensibilidad á la presión de la región ilíaca (lavado intestinal con agua hervida), idem intrauterino con sublimado caliente 1/8000—18 litros—sustituyendo en vista de los fenómenos de fosa, la irrigación vaginal continua con agua hervida caliente á las 5 y media de la mañana.—40,3-39,8-39,7-40,2-39-6-39,9-39,8-40-(desde las 12 de la madrugada, á las 4 de la tarde y pulso de 116 á 124; aparición de una tumoración prerectal, con tenesmo, dolores y peso, duchas calientes, rectales, intrauterinas y vaginales; siguen las temperaturas de 39,9 y 40,2.

En vista de esto, y de que la tumoración hacía prominencia en pared rectal (pues costaba trabajo introducir la cánula y senda rectal) y á pesar de repugnarnos (por razones de todos sabidas esta vía de desagüe) para dar salida á la colección, en una consulta celebrada por mí con los distinguidos compañeros doctores Vigil y Salo, y por todos reconocida rectamente la enferma, decidimos prepararlo todo para hacer la rectotomía. Pusimos á la enferma como preparación suero artificial, salado ó quirúrgico de Hayem, y cual no sería nuestra sorpresa al observar que la enferma no sentía ni molestias ni peso, ni tenesmo, que el lavado intestinal solo mucosidad arrastraba y que la tumoración, mejor dicho, su prominencia rectal había desaparecido y el pulso ascendido á 130 y la temperatura á 41,1 tras un escalofrio; es decir, siembra de la colección tubo-ovárica en la pélvis y casi segura generalización del proceso infeccioso desaparecido del útero, y evolucionado en anejos donde, con menos medios para actuar sobre él y en el mismo momento de ponerse á nuestro alcance la colección, huye de nuestra vista y se siembra para generalizarse como ocurrió.

Día 28. 41,1, 39,3, 40,7, 39,7, 39,9, 39,2, 40,2, 39,2, 39,9, 39,4 y 39,5 y pulso de 112 á 130, sesiones de 12 horas de irrigación vaginal contínua, baños generales de 28° que bajaban hasta 26° y que casi modificaban la fiebre, y suero Hayem 900 centímetros cúbicos, estado nauseoso, sudores abundantes, continúa la irrigación continua, pasadas las 12 primeras horas, tras una intrauterina que nos hizo ver el perfecto estado del útero; cesando la irrigación continua á las 8 noche del día uno que bajó la temperatura á 36,6 y el pulso á 96, coincidiendo con la aparición de una erupción penfigoide-pustulosa.

Compás de espera y amortiguamiento del proceso los días 2, 3 y 4 de Marzo durante los cuales y hasta el último la temperatura no pasó de 38, y el pulso de 90, llegando este día á 38,2 sin remisión en el centro del día á 37,3 y nueva subida á 38,2 por la madrugada.

En vista de la reaparición de la fiebre y dada la naturaleza (clínica

y bacteriológicamente demostrada), streptococica de la infección y los temores de siembra fértil (en vista de la reaparición de la fiebre y de casi segura generalización del proceso) juzgamos conveniente el empleo del suero de Marmereck antistreptocóccico, á pesar de no haber obtenido con él resultados en dos casos de nuestra pràctica de gran agudeza séptica, y empleado desde los primeros momentos, pero como no se había hecho el diagnòstico bacteriológico en aquellos casos y por otra parte, por si en este caso de pura estreptoconia nos producía el efecto general vacunífero, nos hizo determinarnos á emplearlo una vez agotados los medios locales y en presencia de una infección generalizada; inyectamos de una vez 20 centigramos como tratamiento local y en vista del único foco local (plastron pelviano) seguimos como los días anteriores con dos sesiones de irrigación continua de seis horas cada veinticuatro horas seguidas de otras seis de descanso. La fiebre sin pasar de 38,3 ni bajar de 37,6 los días seis y siete, en este en la irrigación salida de unos trozos membranosos cilindroideos; nueva inyección de suero 10 centigramos.

Día 8. Ascenso de la temperatura á 38,6 que remitió á 37 en el centro del día, pulso de 80 á 92 siguen las sesiones de irrigación vaginal, y el plastron sin modificarse, ni acusa su presencia por fondos de saco, recto. etc.

Día 9. 20 centigramos de suero Marmorech, fiebre de 38,5, pulso de 88 á 100, aumento del plastron pelviano, aumento de duración de las sesiones de irrigación vaginal contínua.

En esta situación y con temperaturas remitentes que oscílaron entre 37,5 y 38,3 y sin abandonar el efecto bienhechor de las sesiones de irrigacion continua, en la noche del 9 se iniciaron náuseas y vómito y reaparición al lavado de pus sanguinolento en pequeña cantidad procedente del útero, por lo que procedí á un lavado intrauterino con sonda de Doleris para favorecer la apertura por dilatación uterina del orificio tubárico, punto de origen de dicha secreción, pues el útero estaba limpio hacía muchos días, y solo intermitentemente arrastraba el lavado restos membranosos y puriformes que á él se vertían.

Reconocido el plastron pelviano, mayor renitencia y más claramente limitado en su periferia y más bajo pero sin hacer prominencias en fondos de saco vaginales.

Así se siguió el día 10 casi en iguales condiciones sin lograr modificar la fiebre, sino que lentamente es verdad, pero continuamente iba aumentando hasta llegar á alcanzar la temperatura de 39,2 presentándose albuminuria y en su vista y en la casi seguridad de ser todavía fértil la colección pelviana, á pesar del tiempo (24 días) del su

puesto poder antitóxico é inmunizante del suero Marmoreck del que se ponían diariamente 20 cent. cúb., y en vista de los datos locales, y su falta de aproximación á fondos de saco vaginales, recto, etc., y posible abertura espontánea y contaminación peritoneo-abdominal y pelviano, nos hicieron, prévia consulta y en vista de la marcha de la enfermedad y teniendo en cuenta lo antes acaecido, emplear la vía vaginal empleada sistemáticamente por el Dr. Treub de Amsterdam, para el tratamiento de las colecciones tubo-ováricas, sugeridos por un trabajo que acerca de este asunto publicó la «Revue de Chirurgie abdominale y de Gynécologíe», precisamente por aquél tiempo ó sea en el número de Enero y Febrero repartido á primeros de Marzo; pues de no ser factible esto, habría que pensar en otra intervención mucho más grave y mutilante que tal vez la enferma después de casi un mes de infección no sabríamos si podría resistir, y para esto, en mejores condiciones hubiéramos estado en los primeros días de la infección que no en aquella fecha.

Como en los primeros días el simple tratamiento local nos había dado tan buenos resultados, que al haberse localizado más la infección, hubieran sido curativos, no pensamos en tal cosa, por lo cual desistimos de los valiosos auxilios que de varios ilustres ginecólogos madrileños habíamos solicitado, y por otra parte nos repugnaba condenar à una mujer joven á tamaña mutilación, si es que podía su organismo, ya tan quebrantado, sufrirla con probabilidades de éxito; así es que el artíoulo de Treub y su autoridad científica, nos dieron un rayo de luz y decidimos seguir su procedimiento conservador y desaguar según su técnica por colpotomia posterior la colección anexial, lo que practicamos de urgencia, pues la renitencia aumentaba por momentos, á las 10 de la noche del dicho día 10 de Marzo, con anestesia clorofórmica, ayudado por mis queridos y distinguidos compañeros los Doctores Vigil, Herrero y Martinez de Galo, y prévia consulta y aquiescencia de los mismos; convencidos plenamente de lo peligroso que era esperar un momento más, pues mientras se preparaban convenientemente todos los preliminares de asepsia operativa subió un grado la temperatura y pasó el grado 39, cosa que hacía varios días no había ocurrido.

Anestesiada la enferma y con las más rigurosas precauciones asépticas y antisépticas, auxiliados del suero Hayem, procedimos á colocar la enferma en la posición adecuada, iluminando la cavidad vaginal con un poderoso foco eléctrico de 100 bugías.

Aseptizada la vagina y sondada la vejiga, procedí á cojer con las pinzas de Museux el labio posterior y anterior del hocico de tenca, ti-

rando de él hacia arriba y poniendo al descubierto, bien tensa, la pared posterior, incindí la vagina transversalmente en una extensión de cerca de cuatro centímetros, y después con el mismo bisturí el peritoneo, sin que ocurriera derrame ninguno, dejé el bisturí, y el dedo me hizo percibir un tejido más friable y blandujo que daba la sensación de coágulos sanguíneos, cruzados por fibras más resistentes, guiado por la otra mano que tenía en el abdómen sobre la colección (como en el tacto bimanual) llegué (no sin esfuerzo con alguna dificultad por lo alta que estaba la colección más alta, tubo-ovárica,) á un punto más resistente en forma y de tamaño de un huevo grande de ganso con el eje mayor transverso y que opuso también poca resistencia, pues se desgarró con facilidad con el dedo, corriendo por mi brazo un líquido purulento, rojizo y espeso; al mismo tiempo que apreciaba su consistencia y extensión, lo desgarré en el sentido de su mayor diámetro hasta encontrar resistencia, y sin más que un lavado vaginal y con la mano izquierda abdominal como guía, rellené de gasa la cavidad de la colección y la vía fraguada á través de los exudados pelvianos con gasa esterilizada, cuyo cabo inferior saqué por la herida vaginal; otra tira de gasa para la vagina; inyección de otra ampolla de 300 cet. suero Hayem, y la enferma fué llevada á la cama.

Deseoso de confirmar, si podía, la fertilidad del contenido de la tumoración y contando en ésta con un eminente micrógrafo y naturalista, el ingeniero profesor de la Escuela de Minas, Sr. Orueta, le remití (como también durante toda la enfermedad) una muestra del producto patológico, del que pude más tarde ver preparaciones, y á las que pertenece la que acompaña á este trabajo procedente de un cultivo de producto patológico (colección pelviana) desaguada por colpotomia (Treub) en cuyo cultivo hubo la sorprendente particularidad de resultar en ocho horas (cosa que mi impaciencia hizo se notara) un cultivo puro de streptococia, muy numeroso por campo y de ocho y diez anillos la cadena que menos poseía, es decir una extrema virulencia á pesar de la fecha y demás circunstancias de esta infección y de las dificultades de aislamiento en la recolección del producto patológico.

Reaccionada la enferma á la hora, se le apreció 38,2 de temperatura y 108 pulsaciones que á las 12 de la madrugada eran 39,9 y 110, á la una 40° y 120, aplicándole 30 cents. cúbicos de suero Marmorech; á las 4 de la madrugada 39,6 y 120 poniéndole otros 300 gramos de suero Hayem siguiendo la temperatura por cima de 39 hasta las 11 de la mañana que descendió á 38,3; pero el pulso se hacía cada vez más frecuente y pequeño sostenido en 140 y la orina escasa, rojiza, 300 gramos en 24 horas, muy cargada de albúmina y globulina enviando

un poco de ella al laboratorio, recogida con sonda esterilizada en recipiente esterilizado de cristal para su analisis y cultivo.

El análisis químico demostrò fuerte albuminuria y el micrográfico fué positiva su siembra, pues antes de las 48 horas había colonias de streptococos.

Se regularizó el pulso, que descendió á 120, su orina en 24 horas 530 gramos, temperatura en la tarde del mismo día 11, pues osciló entre 38,3 y 39,4 hasta la madrugada y principios del 12 en que no subiendo la temperatura de 39 y manteniéndose todo el día por bajo de 38,5, en cambio el pulso seguía siendo de 128 á 132 su frecuencia por minuto, por lo que se le inyectaron 600 gramos de suero Hayem siendo la orina en las 24-802 gramos.

En la madrugada del 14 se inició un ascenso de la temperatura que osciló entre 38,10-39,2 máxima del día y el pulso entre 116 y 128, poniéndosele 300 cens. cub. de suero Hayem, y 40 de suero Marmoreck.

En la madrugada del 11 se inició una nueva subida que llegó de 39,3 á la una de la madrugada á 39,8 á las siete de la mañana y el pulso osciló de 128 á 132 por lo que, y siguiendo la escasez de secreción renal, se le puso otra inyección de 300 centím. cúb. de suero Hayem no pasando ya en el resto del día la temperatnra de 39,1 (á las 9 y media de la noche) y oscilando toda la tarde desde 38,3 á aquella cifra siguiendo la frecuencia del pulso, pues no bajó de 124 y llegó á 134. Y siendo la orina expulsada en las 24 horas de 12 de la mañana del 13 al 14, 857 gramos, se le inyectaron 40 cent. cub. de suero Marmoreck.

El día 15 la temperatura osciló entre 37,9 y 39,4 á las 4 madrugada y 12 noche respectivamente, y el pulso entre 118 y 134: en dicho día, y siguiendo los consejos del Dr. Treub, se procedió á quitar la gasa colocada el día de la operación, que salió impregnada de pus (á pesar de haber hecho perfectamente su papel de desagüe), y con ella unos cien gramos de pus, observando mayor cavidad pélvica que la operatoria y una considerable disminución del relieve tumoral abdominal. La orina escasa, 500 gramos en las 24 horas ds 12 noche del 14 á idem del 15, y francamente visible su purulencia.

En la madrugada del 16 se acentuó el recargo 39,4; sigue alrededor de 39 toda la mañana y tarde, en que llega á 38,5, iniciándose ligera tos con dolor molesto en el hipocondrio derecho y ascenso febril, que llega á las 11 de la noche á la cifra de 39,7; á esta hora la cantidad de orina escretada es de 730 gramos, y sigue la purulencia y albuminuria.

Continúa durante toda la madrugada y mañana del 17 la tempera-

tura por cima de 39 entre ésta, y 39.5 hasta las 8, que baja á 38,2, ya en todo el día no pasa de 38,5, regularizándose el pulso que, de 134 baja á 120; inyectándose en este día en dos sesiones 80 cent. cub. de suero Marmoreck, en vista de la positiva generalización de la infección y del resultado positivo de la siembra en peritoneo y tejido celular pelviano y riñón, con grandes sospechas respecto del hígado, por la tos y dolor en el hipocondrio derecho. También disminuyó la cantidad de orina, que sólo llegó á 650 gramos en las 24 horas últimas hechas en la madrugada del 18. En este día la fiebre se mantuvo entre 38, 2 y 38,8; pulso 120 á 130, presentándose diarrea y sudores copiosísimos (fenómenes de éliminación supletoria). Inyección de otros 80 cent. cub. en dos sesiones de suero Marmoreck, ligero aumento de la secreción urinaria, 724 gramos en las 24 horas que terminan en la madrugada del 19, que, casi como el anterior, la fiebre no bajó de 38,2 ni subió de 38,9; el pulso osciló entre 120 y 128; se le quitó por segunda vez el desagüe pelviano, saliendo ya poco pus, si bien por la mecha estuvo desaguando durante ésta estuvo en su sitio. Otros 80 cent. cub. de suero Marmoreck en dos sesiones, la orina 870 gramos en las 24 horas.

El día 20 la temperatura se mantuvo entre 38,5 y 39, se acentuó la albuminuria; se volvió á presentar diarrea y sudor copioso; la orina en las 24 horas 1.050 gramos y se la inyectaron otros 80 cent. cub. de suero Marmoreck, acentuándose más la albuminuria.

El día 21 la temperatura osciló entre 38,7 y 39,3 el pulso entre 112 y 126, la orina en las 24 horas fué 1.200 gramos y desaparecieron la diarrea y sudores.

Día 22, la temperatura oscila entre 38,5 y 39,3, el pulso entre 118 y 128, tuvo la enferma vómitos biliosos y eliminó en 24 horas 2.045 gramos de orina; se apreció el hígado aumentando de volúmen y ligeramente doloroso á la presión, se mide la albúmina y acusa dos divisiones del albuminómetro de Esbach.

Día 23, la temperatura sigue entre 38,3 y 39,5, el pulso alrededor de 124, la cantidad de orina en las 24 horas es de 2.110 gramos, albúmina 1,80 gramos por litro.

Día 24, sigue la temperatura en 38,4 y 39,5, el pulso alrededor de 120 pero pequeño é irregular, por lo que se la inyectan 300 cent. cub. de suero Hayem. Orina en 24 horas 1.435 gramos, albúmina por litro, gramo y medio.

Día 25, temperatura y pulso casi iguales entre 38,6 y 39,6 aquella y alrededor de 120 éste, sigue pequeño y blando, por lo que se inyec-

tan 300 cent. cub. de suero salado; cantidad de orina en 24 horas 1.700 gramos, albúmina 1 1/2 gramos por litro.

Día 26, temperatura igual á las anteriores, salvo en que la máxima fué de 39,8, pulso decaido, suero salado 300 cent. cub., cantidad de orina 1.625 gramos, albùmina 3 y medio gramos por litro, se acentúan la macidez hepática, torácica y abdominal, en esta parte renitencia, descenso hasta la fosa iliaca de la macidez hepática, pero no hay ni pastosidad ni punto doloroso máximos, pero hay vómitos, escalofríos y sudores profusos que hacen se tenga que mudar la ropa de la enferma 3 veces al día. Duchas rectales frías con sonda.

Día 27, inyección suero Hayem 300 cent. cub., la temperatura desciende gradualmente hasta 38, y el pulso á 110, coincidiendo esta baja con la previa expulsión por intestino de una papilla puriforme amarilla que se remite al laboratorio para su análisis. Orina en 24 horas, 1.593 gramos, en análisis da por resultado la presencia de urobilina, y 1 gramo de albúmina por litro, se prescriben sellos de salol y betol.

Día 28, la temperatura de 39,1 llega á bajar á 37,1 y el pulso á 110 de 126, la cantidad de orina es de 1.717 gramos, náuseas y hubo un vómito alimenticio.

Día 29. La temperatura oscila entre 37,7 y 39,2 la máxima, el pulso entre 110 y 96, se inyectan 300 cent. cub. de suero salado y la cantidad total de orina en las 24 horas es de 2479 gramos, albúmina 0,85 gramos por litro.

Día 30 Marzo. Temperatura de 37,4 á 39,4, pulso de 104 á 114, 300 cent. de suero, 2886 centigramos de orina en las 24 horas, albúmina 0,60 gramos por litro.

Día 31. Temperatura de 37.7 á 38,8; pulso 110 á 116, 300 cent. cub. de suero; dos vómitos biliosos, náuseas, orina en 24 horas 1851 gramos y albúmina medio gramo por litro.

Día 1.° Abril. Ultima cura y supresión definiva del desagüe de la pelvis. 300 cent. cub. de suero Hayem; la temperatura no pasa de 38,6 y llega á estar en 37 y al rededor de este grado todo el día; el pulso no sube de 110, estando casi todo el día entre 96 y 100. Hubo otro vómito bilioso, cantidad de orina en 24 horas 2045 gramos, albúmina medio gramo por litro. En este dia el laboratorio nos confirmó que la sustancia puriforme en gran cantidad expulsada por el intestino era pus con todos sus caracteres micrográficos.

Día 2. Las temperaturas entre 36,9 y 38,5; el pulso entre 99 y 104; 300 cent. cub. de suero, medio gramo de albúmina por litro y 2169

gramos de orina en las 24 horas; desaparición del estado nauseoso, sudores y mejoría acentuada del estado general.

Día 3. 0,70 de albumina por litro; 1316 gramos de orina en 24 horas, y un ligero recrudecimiento de la temperatura que llega á 37,4. pero que la mayor parte del tiempo está por encima de 38, llegando á 38,7, por lo que suspendido el salol y betol hace dos días se la disponen calomelanos 0,55 centigramos y se la ponen 300 cent. cub. de suero Hayem para sostener, como veníamos haciendo, corazón y estado general, además de favorecer la eliminación de toxinas.

Día 4. Remisión de la temperatura sostenida todo el día por bajo de 38 y oscilando entre 36,9 la mínima y 37,9 la máxima; el pulso de 100 á 114; 1,20 de albúmina por litro de orina, 1277 gramos de esta en las veinticuatro horas y 300 cent. cub. de suero Hayem.

Día 5. Dos gramos y medio de albúmina por litro, de 37,6 á 38,3 de temperatura, de 110 á 116 el pulso y 1482 gramos de orina en las 24 horas es lo notable del día.

Día 6. Dos gramos por litro, de albúmina, 1300 gramos de orina en 22 horas, la temperatura de 37,2 á 38,3 y el pulso de 100 á 110; 300 cent. cub. de suero Hayem.

Día 7. Aparición de un extensísimo eritema escarlatiniforme que ocupa brazos, piernas y tronco, la temperatura entre 37,3 y 38,2 y el pulso de 106 á 120, 3 gramos y medio de albúmina por litro y 1330 gramos de orina en las 24 horas. Empleo de la luz roja.

Día 8. Infartos ganglionares de casi todos los gánglios, cuello, axilas, ingles, dolores reumatoides musculares, generales en todo el cuerpo, tumefacción dolorosa de las articulaciones, especialmente hombros, muñecas y rodillas; 1025 gramos de orina; temperatura de 38,3 á 39,6; pulso de 120 á 140 y desaparición en más de la mitad del plastrón que continuaba por el abdómen la macidez hepática, con visible inyección blanca, no dolorosa y dura de los linfáticos cutáneos del abdomen. Albumina 2 y medio gramos por litro.

Día 8. Dos baños generales de 25' que comenzando á 28° terminamos á 24°; temperaturas de 39,1 á 40,3; pulso de 120 á 132. Albumina 1 y medio gramos y 1224 gramos de orina, siguiendo el mismo estado general. Los baños se dieron cuando pasaba la temperatura de 39,5 y se logró la remisión á 37 que más tarde volvía á recobrar y pasar el grado 39.

Día 10; La temperatura sostenida al rededor de 40° y aún por encima de esta cifra, hizo precisos tres baños generales de 30' de duración y à 28° de temperatura al comenzar, enfriándolo gradualmente para terminar á 25°; el pulso entre 116 y 140; la temperatura, salvo después

de los baños, entre 38,4 y 40,3, la albúmina 1,90 por litro; 3000 gramos de orina en 24 horas, rápida y sucesiva desaparición de infartos ganglionares y linfáticos así como del plastrón del hipocondrio que que sólo rebasa en éste día tres dedos las costillas falsas.

Día 11. Sigue la temperatura en esta madrugada por cima de 40° (40°,3) por lo que se da un baño general de 37' y de 28° para acabar á 25° que hace bajar á 36,5 la temperatura y á 108 las pulsaciones; baja luego la fiebre que en todo el día osciló entre 37,4 y 38,8 y el pulso que quedó á 120; 1,85 gramos por litro, de albúmina y 4353 gramos de orina en 24 horas, desingurgitándose gánglios y cavidades sinoviales de articulaciones, como desde hace varios días integridad del aparato genital.

Día 12. Sigue la defervescencia y la poliuria; temperaturas 37,2 á 38,6, ésta una sola vez pues todo el día estuvo por bajo de 38; pulso de 108 á 120; 0,65 de albúmina por litro y 3765 gramos de orina en 24 horas.

Día 13. Por desaparición del eritema, supresión de la luz roja en la noche anterior que se volvió á emplear por subir la temperatura algunas horas, siendo la mínima 36,9; el pulso de 106 á 116; 3956 gramos de orina en las 24 horas; 0,20 gramos por litro de albúmina y completa desaparición de infartos ganglionares y eritemas cutáneos. Supresión de la luz roja.

Día 14. La temperatura no pasó de 37,5; lo mismo ocurrió el 15, la poliuria siguió y la albuminuria cedió á quedar solo á 0,10 por litro; las cantidades de orina fueron el 14, 2900 gramos y el 15, 2935 y el pulso de 100 á 110.

Con algunas décimas y en perfecto estado general y local, pues el aparato genital no volvió á precisar nada desde que se curó la herida de la colpotomía, siguió la enferma con poliuria los dias 16, (1798 gramos); 17, (2878 gramos); 18, (2490 gramos); 19, (2029); 20, (2125); hasta el 21 que tuvo una ligera recaída subiendo la temperatura á 39, el pulso á 120, la cantidad de orina en este día fué de 1493 gramos, se la puso 300 cent. cub. de suero Hayem y hizo se la administrase un purgante de aceite de ricino con lo que la temperatura bajó el 22, no pasando de 38,4 se volvió á la normalidad, el 24 se siguió la alimentación y reposición de la enferma, que el 10 de Mayo pudo abandonar la cama completamente curada y en perfecto estado su aparato genital y su salud general, teniendo el 15 de Mayo ó sea á los tres meses de parida, la primera regla con absoluta normalidad.

Posteriormente se ha ido mejorando de tal modo, que ha aumentado

notablemente de peso, no ha tenido la menor perturbación en su salud general ni en sus reglas, pues he seguido observándola y hoy, día de la fecha, 18 Abril de 1903, se encuentra sin la menor señal de lo pasado con normalidad completa local y general.

CONCLUSIONES

1.ª El suero de Marmoreck (por lo menos en los casos graves) no detiene la marcha ni amortigüa la virulencia de la streptococia puerperal, aun cuando no haya asociación microbiana.

2.ª Aun en el caso de no poder dominar desde luego la infección, el tratamiento local (irrigaciones antisépticas, intrauterinas, legrados, irrigación continua, vaginal é intrauterina, taponamiento antiséptico uterino y cloruro de zinc, iodo, ácido fénico, etc.) como tópicos son, hoy por hoy, convenientes *d'emblée*, pues en los casos leves basta á veces un solo de estos medios locales para detener la marcha de la enfermedad.

3.ª La forma difteroide, y cuando la infección toma varias vías á la vez, sobre todo la linfática, es aquella en que menos resultado da el tratamiento local y es una de las más graves, si no la más grave de las formas streptocócicas, aun cuando como en un caso de este trabajo se demuestre la no asociación microbiana.

4.ª El cornezuelo de centeno dado imprudentemente en estos dos casos (uno de primipara) para acelerar el parto, por la rotura de cuello por él producida, puede y debe ser invocado unido á la falta de cuidados antisépticos prévios *(ante-partum* y por examen) como causa de la infección streptocócica, pues en ambos había rasgadura del cuello, puertas de entrada de la infección.

5.ª En la septicemia declarada dan un gran resultado las inyecciones sucesivas de suero Hayem, como tónico del corazón, lavado de sangre, favorecedor de la eliminación de toxinas microbianas y favorecedor de la fagocitosis, aun en los casos de afectarse el riñón, como ocurrió en el caso de forma séptica puohémica descrito, en el que se emplearon unos doce litros de éste.

6.ª En la streptococia puerperal, como en todas las infecciones, el mejor y más poderoso é inofensivo antitérmico es el baño general de 28 á 24°.

7.ª La existencia de una infección puerperal aguda, por grave que sea, no supone que sea indispensable para salvar la vida de la enferma, practicar la histerectomía.

8.ª La existencia de una colección purulenta puerperal, anexial ó

pelviana, no indica *à fortiori* la histerectomía, pues cabe, como en el caso citado, la curación por el desagüe vaginal, según Treub.

9.ª La abertura natural en el intestino grueso (cólon), prévias adherencias de un absceso hepático, puede ir seguida de la curación como en uno de los casos transcritos.

10. El suero de Marmoreck (aun imputándole como suyos los fenómenos escarlatinosos presentados en esta enferma) es inofensivo aun á la dosis de 530 cts. cub., y desde luego es perfectamente tolerado á la dosis de 80 cts. por veinticuatro horas, como se ha visto en las dos observaciones presentadas.

11. Este suero no ha satisfecho hasta ahora las esperanzas que hizo concebir á los prácticos en la infección puerperal desde los trabajos de Charrin et Roger (1895) hasta la fecha.

SEANCE DU 28 AVRIL

Présidence d'honneur: Mr. Grammatikati, de Mattos, Eustache, Kelly, Josephson et Gutierrez (Chile).

INDICATIONS ET RESULTATS DE L'OPOTHERAPIE EN GYNECOLOGIE

Rapport de Mr. C. D. JOSEPHSON (Stockholm.)

Pendant les dernières sept années beaucoup d'essais ont été faits pour traiter les maladies gynécologiques avec des préparations dérivées d'organes divers: de la thyroïde, de la mamelle, de la parotide et surtout de l'ovaire. On n'en est pas encore arrivé à des résultats définitifs, mais la chose offre de l'intérêt, et les résultats déjà acquis excitent à des études et à des essais poursuivis.

Ces préparations sont aujourd'hui, comme on le sait, administrées sous forme de poudre sèche, prise en cachets, ou bien comprimée en tablettes. L'injection de l'extrait glycériné (d'après Brown-Séquard) aussi bien que l'administration de l'organe cru, sont de nos jours rarement employées.

La poudre sèche est préparée de la manière suivante: l'organe cru est d'abord séché à la température normale de l'animal, puis à l'exsicateur, après quoi il est pulvérisé et administré, soit sous forme de poudre en cachets, soit sous forme de tablettes.

Ces tablettes contiennent 10, 20 ou 30 cg. d'organe séché, ce qui équivaut à un poids 7 ou 10 fois plus grand de l'organe frais. Les animaux, dont les organes sont surtout employés, sont la vache, la brebis et la truie. Il est d'une grande importance que la propreté la plus minutieuse soit observée dans la préparation, et qu'on n'emploie que des animaux parfaitement sains, tués dans des abattoirs sous contrôle public.

Ce sont les préparations ovariennes qui ont surtout été employées dans la gynécologie. Simultanément avec les essais de médication interne, on a essayé sur des animaux l'implantation homoplastique, c'est à dire le transfert de l'ovaire de sa place naturelle à une autre place chez le même animal—soit hétéroplastique, c'est-à-dire le transfert de l'organe d'un animal à un autre, appartenant à la même espèce, quelquefois même à un animal d'une autre espèce. Enfin un petit nombre

de chirurgiens ont essayé l'implantation des ovaires d'une femme à une autre.

Le premier essai avec la préparation ovarienne semble, selon Jayle, avoir été fait par un Français, nommé Régis, en 1893 dans un cas de psycose, mais sans résultat. Trois ans plus tard, il nous est arrivé de trois cliniques allemandes, la clinique Landau à Berlin, celle de Chrobak à Vienne et celle de Werth à Kiel, des communications d'essais faits avec l'opothérapie ovarienne.

Mainzer rapporte un cas de la clinique Landau de ménopause post-opérative, qui fut traité avec la préparation ovarienne, et bientôt après, il cite un grand nombre de cas de ménopause artificielle et naturelle, dans lesquels certains symptômes ont été considérablement soulagés par ce traitement. De la clinique de Kiel, Mond communique un certain nombre de cas analogues, Chrobak fait aussi mention de quelques cas, en dernier lieu Knauer cite quelques cas, où il a, sur le conseil de Chrobak, essayé l'implantation sur des lapins.

Des notices en français sur la même matière nous sont parvenues bientôt de Muret et de Jayle. Pendant les années suivantes de nombreuses communications sur ce sujet nous sont venues de divers côtés, déjà en 1898 deux ouvrages détaillés de Jayle. Cette littérature est très riche, mais le peu de temps qui m'est accordé aujourd'hui ne me permet pas de faire une analyse des nombreuses publications.

Qu'on me permette toutefois de faire une remarque.—Quand on a essayé, avec l'aide des observations publiées, d'apprécier cette méthode de traitement, on trouve que bien des malades, pas toutes, il s'en faut de beaucoup, semblent appartenir à la catégorie de malades qui ordinairement sont qualifiées d'hystériques et assez souvent à la classe que les français désignent sous le nom de «fausses utérines», c'est-à-dire des hystériques qui rapportent leurs symptômes aux organes génitaux.

Les opérations nombreuses et succesives que ces malades ont subies me semblent en bien des cas en être un indice. On peut trouver une série montante comme celle-ci: 1, raclage; 2, amputation du col; 3, ovarectomie par laparatomie; 4, hystérectomie par le vagin. Ici les opérations s'arrêtent, à moins qu'il ne faille faire encore une opération pour hernie ventrale.

Une telle série avec des intervalles de quelques mois seulement vous donne à croire que la malade est une de ces malheureuses hystériques, qui entraînent des gynécologues peu critiques à faire des opérations qui ne profitent en rien à la malade et sans attendre un résultat définitif de la dernière opération avant d'en entreprendre

une nouvelle. Cependant, loin de moi de prétendre, qu'en bien des des maladies gynécologiques très graves n'aient rendue nécessa une opération mutilante.

En général, les troubles de la ménopause se manifestent d'une fa çon plus accentuée chez des personnes d'une disposition nerveuse. Ce sont justement ces mêmes personnes qui sont les plus susceptibles de suggestion. On pourra en conclure que la suggestion joue un rôle important dans le résultat obtenu par l'emploi de l'oophorine. Ceci pourtant pas toujours; il faut admettre que ce remède exerce quelquefois une influence directe, particulièrement sur les troubles vasomoteurs: les bouffées de chaleur, les transpirations abondantes, la céphalée, le vertige. Il semble aussi quelquefois avoir une certaine influence sur des symptômes plus vagues, tels que le cauchemar et la perte de mémoire.

Mon expérience personnelle de la médication ovarienne est que des résultats relativement favorables sont souvent obtenus par l'emploi de ces préparations.

Dans des cas de ménopause prématurée par suite d'une castration, j'ai vu une diminution des troubles vasomoteurs: les sueurs abondantes, les bouffées de chaleur, la céphalée. Quelquefois, mais avec beaucoup moins de certitnde, on peut en arriver aux mêmes résultats dans la ménopause naturelle.

Il est à remarquer que dans ces derniers cas il n'est pas rare que les troubles soient soulagés par eux-mêmes d'une façon inattendue et sans aúcune intervention. Ni dans l'une ni dans l'autrc espèce de ménopause je n'ai vu les symptômes cesser entièrement par la médication ovarienne.

Il semble qu'on ne puisse pas s'attendre à quelque effet de ce remède contre l'aménorrhée, soit que celle-ci tienne à un développement incomplet des organes génitaux ou à une atrophie acquise.

Il me somble aussi qu'il n'y a aucune raison d'abandonner le traitement classique de la chlorose au moyen du fer pour y substituer la médication ovarienne.

Les cas de dysménorrhée, dans lesquels (selon les rapports donnés) une amélioration a eu lieu à la suite du traitement à l'oophorine, ne sont pas probants, par la raison que d'autres méthodes de traitement ont été employées simultanément avec celle à l'oophorine.

La médication interne de préparations d'organes ne se borne pas seulement à des préparations ovariennes, on s'est aussi servi de préparations thyroïdéennes. Mais dans le traitement avec cette dernière préparation, il n'est pas encore prouvé que quelque résultat ait é

»tenu. Elle a été employée contre des myomes accompagnés de saignées plus ou moins fortes, contre des ménorrhagies et des metrorrhaies de différentes espèces. On a constaté comme un fait positif que e traitement à la thyroïde a amené une diminution des saignées et même une réduction du volume du myome.

Dans un certain nombre de cas elle a été employée pour le cancer ulcéré. Dans ces cas on a d'abord fait le reclage, puis la cautérisation, et ce n'est qu'en dernier lieu qu'on a procédé au traitement à la thyroïde. Il est évident que ces cas ne sont pas concluants pour la valeur de la thyroïde.

Quant aux myomes il est chose reconnue qu'ils changent de volume assez considérablement-non seulement à l'occasion de la menstruation, mais aussi sans cause appréciable. La réduction du volume du myome pendant le traitement à la thyroïde ne démontre donc nullement que cette diminution soit produite par le remède.

Mais la thyroïde a la faculté d'abaisser la tension artérielle. On pourra donc se figurer que par suite de l'abaissement de la tension artérielle, la tenure en sang des myomes est diminuée, et qu'il en résulte une diminution des saignées; ceci serait donc un effet direct de la préparation thyroïdéenne. Mais cette préparation n'étant pas inoffensive-c'est un poison cardiaque, qui abaisse les forces de la malade et cause une perte considérable de l'albumine de l'organisme-il ne faudra en user qu'avec la plus grande précaution auprès des personnes exsangues et affaiblies.

Un médecin anglais, Bell, s'est servi de tissu mammmaire. Il est parti de la connaisance du rapport existant entre certains changements des seins et de l'utérus. Il a songé en premier lieu aux changements des seins qni se produisent à l'époque de la gravidité et des couches. Il s'est servi de tissu mammaire, séché de la même façon que les autres préparations d'organes. Il prétend avoir obtenu par cette médication une diminution considérable des saignées et du volume des myomes. Un médecin américain, Schober, qui a continué les essais de Bell, prétend en avoir obtenu de bons résultats. Il cite neuf cas de myomes, où il y a eu une réduction considérable des tumeurs et des saignées, et il raconte aussi qu'il a pu constater une influence favorable de la médication mammaire en d'autres cas d'hémorrhagies génitales.

En dernier lieu nous avons les essais faits avec la médication parotidéenne. Ici on est parti du rapport entre les ovaires et la parotide. Il est généralement connu que les testicules s'enflent quelquefois pendant une parotite épidémique. L'enflement des ovaires pendant la

parotite est plus difficile à contrôler, mais il est pourtant constaté qu'il se produit. On sait aussi que la parotite se présente plus souvent après les ovariotomies qu'après les autres grandes opérations. L'efficacité des préparations parotidéennes est encore moins constatée que celle des préparations mammaires.

La valeur d'une implantation de la thyroïde dans des cas de cachéxie strumiprive est généralement connue et reconnue. On en a tiré la conséquence que l'implantation de l'ovaire pourrait aussi exercer une heureuse influence dans des cas, où cet organe fait défaut. Les expériences de Knauer faites sur des lapins, dont je viens de parler, prouvent qu'on peut transférer un ovaire à une autre place chez le même animal—implantation homoplastique—que l'ovaire est nourri à sa nouvelle place et qu'il fonctionne normalement. Knauer aussi bien que Grigorjeff constate que la gravidité s'est produite dans ces circonstances. Ribbert a fait les mêmes expériences sur des cobayes, et plusieurs autres savants on fait des essais sur des animaux de différentes espèces. Tous ces essais ont amené des résultats positifs. Si l'on peut donc regarder comme une chose prouvée que l'implantation homoplastique peut donner des résultats satisfaisants, il n'y a pas la même certitude pour l'implantation hétéroplastique, c'est-à-dire le transfert des ovaires d'un animal à un autre animal de la même espèce. Au moins, n'est il pas prouvé d'une façon absolue que les ovaires ainsi transplantés, même s'ils se sont attachés, et qu'ils soient nourris, aient en effet fonctionné d'une façon normale, c'est-à-dire qu'ils aient produit des œufs normaux. On n'en est pas encore arrivé à pouvoir constater les deux choses qui en seraient la preuve, savoir: la gravidité et l'image microscopique normale de l'ovaire transplanté.

Les essais d'implantation de l'ovaire sur l'homme, qui ont été faits par les trois chirurgiens américains, Glass, Morris et Dudley, qui ont ainsi en quelque sorte anticipé sur les résultats des expériences faites sur des animaux, ne sont pas si probants que les opérateurs respectifs semblent le croire eux-mêmes.

Il est vrai que sur les animaux les implantations homoplastiques semblent avoir donné des résultats relativement bons, les transplantations hétéroplastiques au contraire des résultats douteux. Mais ce sont pourtant celles-ci qui ont le plus grand intérêt. Car l'operation faite par Morris, dans plusieurs cas: d'abord extirpation complète des ovaires et puis implantation sur le ligament large ou dans un des tubes d'un morceau relativement sain pris à l'ovaire extirpé, semble un procédé auquel il n'y aura pas lieu de recourir souvent. Dans la plupart des cas on saurait éviter ce détour par le procédé plus simple de laisser en place une partie saine de l'ovaire.

L'implantation hétéroplastique faite sur des femmes a pour but de produire une menstruation régulière et de supprimer les troubles causés par l'amenorrhée. Et ceci chez des femmes qui n'ont jamais eu leur menstruation par suite d'un développement incomplet des ovaires, ou bien celles dont la menstruation a cessé par suite d'une castration. Pour que des cas pareils soient concluants il faut que la ménopause ait duré pendant quelque temps avant l'implantation, et que les saignées qui se produisent éventuellement après l'opération soient de véritables menstruations. Mais si l'ovaire a été implanté au fond de l'utérus de manière a pénétrer dans la cavité utérine—procédé qu'on a employé dans plusieurs cas—il est très incertain que ces saignées soient à regarder comme de vraies menstruations. Dans les cas, où l'implantation hétéroplastique est faite dans la même séance que la castration, il n'est pas prouvé, et il sera impossible de le prouver, que la menstruation continuée ait pour cause l'implantation. Elle pourrait aussi tenir à une extirpation incomplète.

INDICATIONS ET RESULTATS DE L'OPOTHERAPIE EN GINECOLOGIE

rapport de **Mr. JAYLE** (Paris).

Il appartient à notre temps d'avoir cherché à démontrer scientifiquement, et parfois d'y être parvenu, que tous les organes de l'économie, outre la fonction *propre* particulière à chacun d'eux, possèdent une autre propriété, celle de collaborer au fonctionnement général de l'organisme. La physiologie avait dejà depuis longtemps fait connaître le rôle spécial des différents viscères. Mais pour quelque importante qu'elle soit, cette notion première de la sécrétion propre n'était suffisante ni pour le physiologiste ni pour le médecin. Nombre de faits, tant d'ordre normal que d'ordre pathologique, restaient inexpliqués par cette conception simpliste de la fonction *spéciale* de chaque organe. Une autre idée physiologique devait surgir et se développer; celle de la participation de tous les organes de l'économie au bon fonctionnement de cette économie. C'étaient au fond la justification par la science d'une idée bien commune que traduit cet adage ancien: *mens sana in corpore sano*. Les différents organes servent un peu à ce que

nous savons et beaucoup à ce que nous ne savons pas. Pour nous en tenir seulement à l'étude des glandes, il est à remarquer que la progression des découvertes scientifiques et le besoin de clarté ont amené la création de deux expressions qui s'appliquent l'une justement à ce que nous connaissons bien, l'autre à ce que nous commençons seulement à apercevoir ou à pressentir: par *sécrétion externe* nous entendons en effet tous les produits d'élaboration glandulaire déversés à l'extérieur, *vus* de tous; par *sécrétion interne* nous dénommons l'ensemble des produits *inconnus* que les organes verseraient directement dans le sang. Autant la première sécrétion est facile à comprendre et à étudier, autant la seconde est malaisée à définir et à prouver. Sous le nom de névropathie nous avons communément l'habitude de ranger tous les états que nous ne comprenons pas; sous celui de sécrétion interne on englobe aussi toutes les propriétés pressenties et non toujours démontrées des glandes. De ce défaut de clarté dans la compréhension de l'expression *sécrétion interne* résulte fatalement une divergence des auteurs, voire même un doute sur l'existence même de cette sécrétion, doute pouvant aller jusqu'à la négation.

Aussi certains esprits, habitués à baser leur concepts sur des faits d'expérimentation simple et facile, arrivent à douter de l'existence de cette *sécrétion interne* et préfèrent n'en pas tenir compte dans l'établissement de leurs doctrines physiologiques. Nulle part plus qu'en gynécologie, où tant de facteurs interviennent et contribuent chacun pour leur part à compliquer les problèmes à résoudre, cette tendance du doute n'est aussi accentuée; la raison en est dans la préponderance qu'y a acquise la chirurgie dont les données toujours simples conduisent à des solutions précises. Ainsi s'explique le peu d'accord des gynécologues sur l'importance de la sécrétion interne des glandes en général et des ovaires en particulier. Il faut cependant reconnaître que le nombre des esprits sceptiques va en diminuant: peu à peu s'établissent des données irréfutables, progressivement se modifient sous l'empire de l'observation les idées les plus ancrées, et tout permet de penser que tant des travaux des opposants, que des études des convaincus, se dégagera cette idée que tous les appareils sont nécessaires au jeu normal de l'organisme et que la suppression de l'un d'entre eux contribue *toujours* à la déchéance de l'économie.

Pour avoir assigné à chaque organe, outre son rôle particulier, un rôle général, la nature s'est cependant, autant que possible, garée de l'indispensabilité. La fonction *propre* disparait avec l'organe et ne saurait exister sans lui; mais cette fonction *propre* est souvent un complément de l'économie; elle peut ne pas exister sans que l'organisme

lui-même succombe. Or, dans les cas où la fonction *propre* n'est pas indispensable, il eût été irrationnel que la fonction *générale* prit tellé importance que l'organisme ne pût exister sans elle. Il ne pouvait en être et il n'en est pas ainsi. En une cértaine mesure, la Nature aime à compenser et c'est ainsi qu'on voit d'autres organes suppléer à ceux qui manquent. Dans le domaine gynécologique qui nous occupe, d'autres glandes, dont la thyroïde ėn particulier, interviennent dans quelques proportions pour subvenir à l'apport ovarien absent. Il en résulte que pour bien entendre la pathologie gynécologique et en déduire des données thérapeutiques, on ne sourait s'en tenir à la sécrétion propre de l'ovaire, mais qu'il faut interroger les suppléances connues ou inconnues et partant ne pas rejeter *à priori* et de parti pris telle donnée basée sur l'existence de ces suppléances.

L'idée de la suppléance d'un organe par un organe différent est moins simple que celle du remplacement d'un organe par ce même organe pris à un autre individu. Mais la simplicité de l'idée n'implique pas une facile réalisation et le peintre moyen âgeux (1) qui représentait par exemple Saint Come et Saint Damien remettant une jambe à un amputé évoquait le miracle. Si les grandes greffes restent encore chimériques, les petites sont cependant observées: les greffes cutanées sont classiques. En matière d'organes, la greffe est aussi faisable, et j'ai pour ma part greffé un certain nombre d'ovaires d'un animal à l'autre. Mais il est une autre manière, communément répandue, depuis l'antiquité, de suppléer à un organe défaillant, c'est d'absorber ce même organe par la voie digestive; ce n'est point d'hier que les anémiques boivent du sang, que les phtisiques mangent du poumon (2), que les impuissants se nourrissent de testicules de coq.

Ainsi, en se reportant aux idées séculaires des hommes, on arrive aux mêmes conclusions que donnent les investigations scientifiques actuelles: que tous les organes contribuent pour leur quote-part au fonctionnement général de l'organisme, que l'on peut essayer de les remplacer ou de les suppléer en partie par la greffe ou par l'absorption de leurs semblables chez d'autres animaux.

La physiologie moderne n'a donc pas émis sur la question qui nous occupe d'idée nouvelle générale; mais en matiène de gynécologie, elle cherche à bien élucider le rôle de l'ovaire, en tant que glande interne

(1) Beato Angélico.

(2) «Les poumons de renard, préparés secs et réduits en poudre sont fort propres», *Le cours de médecine en Français* par Loys Guyon Dolois, Lyon 1671, cité par La Chronique Médicale, 1899 p. 392.

à en relever l'importance comme organe utile au bon fonctionnement de l'organisme féminin, à en régler la valeur opothérapique.

Dans ce rapport, je ne m'occuperai que de ce dernier point: la valeur opothérapique de l'ovaire, mais je ne saurais omettre de revenir encore une fois sur la notion développée ci-dessus que l'ovaire peut être supplée par d'autres glandes, la thyroide en particulier. Il en résulte que ces glandes, de suppléance peuvent elles-même avoir une valeur opethérapique à l'endroit de l'ovaire; ainsi se trouve justifié l'essai, en matière d'insuffisance ovarienne, des préparations à base de ces différentes glandes. Mais en ayant peu d'experience je n'ai pas voulu en aborder l'étude, préférant m'en tenir à l'opothérapie ovarienne dont je m'occupe régulièrement depuis huit ans.

HISTORIQUE

«De toutes les sciences, a dit Delpeuch, la médicine est celle où le défaut d'archives bien ordonnées, où le manque d'une histoire bien faite est le plus sensible et le plus à regretter. Aucune est plus oublieuse de son passé ni plus injustement.» S'il en était besoin, l'histoire de l'opothérapie viendrait prouver toute la justesse de cette pensée. Le hasard des lectures a bientôt montré à tout chercheur l'âge respectable de soi-disant nouveau-nés: ainsi toute la théorie, dite de Brown-Séquard, et son corollaire, l'opothérapie, me semblent se trouver résumées en ces quelque lignes tirées de «La pratique de médecine spéciale de Michel Ettmuller, sur les maladies propres des hommes et des femmes; Lyon, 1591»:

«Quoi qu'on ne voie rien dans les testicules qu'un amas de lacis de vaisseaux très déliés, il y a pourtant un certain levain implanté qui se réveille environ à la quatorzième année; car d'où viennent ces changements considérables qui arrivent dans tout le corps au temps de la puberté si ce n'est de ce levain séminal qui altère successivement pour ainsi dire la masse du sang et la rend plus volatile et plus spiritueuse... Ce levain des testicules doit être d'une nature saline spiritueuse.»

«Le testicule de coq est assez connu et recommandé par Amatus Lusitanus; on fait des ragoûts de crestes et de testicules de coq merveilleux pour animer... Après le coq, le cerf nous fournit un puissant aiguillon pour les plaisirs de Vénus, c'est son sang qu'il faut recueillir lorsqu'il est en rut et prêt de sauter la biche, en tuant alors l'animal. Un certain prince gardait comme un secret particulier le sang et les testicules d'un cerf tué dans ce temps là».

Ces citations ne sauraient tendre à démontrer que les médecins du

XVI[e] siècle étaient aussi documentés que nous en matière de sécrétion interne et d'opothérapie, mais elles établissent que nos ancêtres ont eu nos mêmes idées et qu'il serait injuste de ne pass'en souvenir.

La période scientifique proprement dite de la théorie de la sécrétion interne et de ses applications commencées avec Claude Bernard. Avant le grand physiologiste on peut cependant citer encore Legallois qui pensait que tout tissu vivant, tout élément anatomique, puise et rejette incessamment des matériaux dans le milieu qui l'entoure. Mais c'est avec Claude-Bernard seulement que la théorie prend corps, que le mot même de sécrétion iuterne se crée (1865).

«La cellule sécrétoire attire, crée, et élabore en elle même le produit de sécrétion qu'elle verse, soit en dehors sur les surfaces muqueuses, soit directement dans la masse du sang. J'ai appelé *sécrétions externes*, celles qui s'écoulaient en dehors, et *sécrétions internes* celles qui sont versées dans les milieux organiques intérieurs».

En 1869, Brown-Séquard reprend cette idée de Claude-Bernard, dans ses leçons professées à la Faculté, et vingt ans plus tard, le 1[er] juin 1889, il se base sur elle pour faire à la Société de Biologie la communication retentissante où il proposait l'injection sous-cutanée de suc testiculaire, pour combattre les effets de l'affaiblissement dû à la vieillesse ou aux maladies. Mais, comme l'a fait remarquer, Dastre, Brown-Séquard «n'a créé ni le nom ni la doctrine, ni même apporté aucun argument nouveau et certain à son appui; mais il l'a vulgarisé dans le monde médical et les médecins, en reconnaissance de cet enseignement nouveau pour eux, mais banal pour les physiologistes, ont attribué à leur maître une découverte qu'il n'eût sans doute pas réclamée».

Claude-Bernard n'a point spécifié que le testiculet l'ovaire soient des glandes à sécrétiou interne: «Les sécrétions internes sont beaucoup moins connues que les sécrétions externes; elles ont été plus ou moins vaguement soupçonnées, mais elles ne sont pas encore généralement admises.

Cependant, selon moi, elles ne saurient être douteuses, et je pense que le sang, ou autrement dit le milieu intérieur organique, doit être regardé comme un produit de sécrétion des glandes vasculaires internes... Le foie représente deux sécrétions: l'une externe qui coule dans l'intestin, la sécrétion biliaire; l'autre interne qui se verse dans le sang, la sécrétion glycogénique. Le foie glycogénique forme une grosse glande sanguine, c'est-à-dire une glande qui n'a pas de conduit excréteur intérieur. Il donne naissance aux produits sucrés du sang, peut-être aussi à d'autres produits albuminoides. Mais il existe beau-

coup d'autres glandes sanguines, telles que la rate, le corps thyroïde, les capsules surrénales, les glandes lymphatiques dont les fonctions sont encore aujourd'hui indéterminées. Cependant on regarde généralement ces organes comme concourant à la régéneration du plasma du sang, ainsi qu'à la formation des globules blancs et des globules rouges qui nagent dans ce liquide».

Brown-Séquard, le premier, regarda le testicule et l'ovaire comme des glandes à sécrétion interne et il attribua à priori aux produits sécrétés, une action sur le système nerveux, plus particulièrement sur la moelle épinière. «Il est clair qu'il faut admettre que l'injection sous cutanée d'un liquide retiré du testicule parfaitement frais d'un cobaye, d'un chien, d'un lapin ou d'un mouton. chez un homme ou chez une femme débilité par maladie ou par sénilité, agit souvent en augmentant notablement la puissance d'action du système nerveux, et surtout de la moelle épinière. Il est clair aussi qu'il s'agit là d'une augmentation de force, d'une dynamogénie, et non du simple effet d'une excitation, c'est-à-dire d'une mise en jeu de puissance».

Relativement à l'action comparative du suc ovarique et du suc testiculaire, Brown-Séquard écrit qu'«il est évident que le suc ovarique agit comme le suc testiculaire, mais avec moins de puissance. Il est évident aussi que c'est par une influence dynamogénique exercée sur les centres nerveux que le liquide retiré des ovaires des animaux agit sur les femmes».

Dans une autre communication, il explique ainsi l'action du liquide spermatique: «Ces liquides spermatiques ne sont pas des excitants des centres nerveux, mais des *dynamogéniants*. Au point de vue physiologique, les effets dus aux substances résorbées, après avoir été sécrétées par les testicules, chez l'homme adulte en santé, peuvent aussi se montrer sous l'influence des injections spermatiques ou de suc extrait des testicules. Mais par suite, sans doute, de l'entrée dans le sang d'une bien plus grande quantité de ces substances que par résorption, les injections produisent des effets bien plus considérables que ceux qui suivent cette résorption. De plus, comme je l'ai dit souvent, les hommes recevant de ces injections et dont les testicules sont inactifs, acquièrent un retour d'activité dans ces organes, ce qui fait qu'à une substance dynamogéniante entrant dans le sang par injection, s'ajoute bientôt par résorption dans les glandes spermatiques et les canaux éjaculateurs, une certaine quantité des mêmes substances formées dans l'acte de la sécrétion spermatique. C'est en raison de l'existence de ces deux causes, que les injections de liquide testiculaire produisent les effets favorables que nous avons signalés!»

Enfin, dans un mémoire publié avec d'Arsonval, il donne cette importante conclusion thérapeutique: «Les manifestations morbides qui dépendent, chez l'homme, de la sécrétion interne d'un des organes. doivent être combattues par des injections d'extrait liquide retiré de cet organe pris chez un animal en bonne santé».

En résumé, Brown-Séquard regarde le suc ovarique comme ayant les mêmes propriétés que le suc testiculaire, mais à un moindre degré, et ses propriétés consistent essentiellement dans un effet dynamogénique. Il en résulte qu'on doit l'administrer chez les personnes affaiblies par l'âge ou la maladie et c'est dans cet ordre d'idées, qu'on voit Brown-Séquard et ses nombreux adeptes pratiquer des injections testiculaires dans les cas les plus divers. Suzor y a recours contre les formes nerveuses de la lèpre; Brainerd, dans l'hémiplégie, le rhumatisme articulaire, la névralgie sciatique; Uspensky, Goizet, contre la tuberculose pulmonaire; Madame Augusta Brown dans la débilité féminine, dans l'insomnie, l'hystérie, les affections utérines, comme le prolapsus utérin. «Dans un cas de prolapsus utérin, elle a fait des applications de suc ovarique sur l'utérus et les résultats ont été favorables aussi». Brown-Séquard cherche à expliquer l'heureuse action du suc testiculaire ou ovarique de la façon suivante. «En tenant compte du fait que les fonctions des centres nerveux peuvent s'exécuter d'une manière presque normale, malgré la présence dans ces parties, de lésions organiques destructives, j'ai pu m'expliquer que sous l'influence notable d'une puissance d'action dans les parties non détruites de ces centres, des fonctions perdues pou vaient revenir. Ce ne sont pas seulement les paralysies qui peuvent cesser, mais les états morbides actifs, tels que fièvre, œdème, ulcère, douleur, photophobie, pertes séminales, ataxie locomotrice, contracture, etc... dépendant d'irritations des centres nerveux, ont pu disparaître».

Brown-Séquard a eu le très grand mérite de chercher à établir sur une solide base scientifique l'opothérapie; malheureusement, le point de départ était faux et la méthode de Brown-Séquard ne put soutenir l'épreuve du temps»: «On ne trouverait peut-être pas d'autre exemple, dans la science, d'une doctrine qui après avoir subi une si cruelle épreuve, n'en soit pas morte du coup. Et pourtant l'échec de la médication séquardienne, prototype de l'opothérapie, qui était présentée par son auteur comme l'illustration, le garant, le modèle par excellence de la méthode, n'a pas entrainé la ruine totale de celle-ci. Le désastre est resté partiel. La pratique a été sauvée par la théorie. Elle était l'application incorrecte, sans doute, et mal interprétée, d'une

solide doctrine, celle des sécrétions internes. Cette fondation scientifique; indestructible, a permis, après l'écroulement de la première construction, d'en élever d'autres». (Dastre).

Brown-Séquard fit donc faire un pas inmense à la théorie des sécretions internes, qu'il divulgua surtout dans le milieu médical. Il eut l'idée de l'application de cette théorie, en instituant les injections sous-cutanées de liquide organique. Mais il eut le tort de ne pas démontrer en quoi et comment les glandes génitales étaient des organes à sécrétion interne. Il lui eût fallu prouver quels étaient les troubles dûs à la suppression de la sécrétion interne de ces organes, et se borner à la cure de ces troubles, par l'administration thérapeutique de ces mêmes organes pris chez des animaux sains. C'est justement ce qu'ont fait ses successeurs.

Deux glandes en particulier ont fait l'objet de recherches nombreuses dans ce sens: le corps thyroïde et l'ovaire. L'opothérapie thyroïdienne et l'opothérapie ovarienne sont actuellement communément employées. Peut-être même, sans les recherches de Brown-Séquard, fussent-elles devenues ce qu'elles sont, car, comme le dit Dastre: «Ces deux applications de la méthode, il faut le dire ici, sont bien près d'en avoir précédé la naissance. Préparées par des études d'un intérêt scientifique profond et d'une exécution irréprochable, amenées jusqu'au seuil de la pratique par des tentatives de greffe, qui sont une forme de traitement équivalente à l'emploi des sucs et peut-être plus rationnelle, on ne voit pas ce qu'elles doivent à l'opothérapie. On voit au contraire parfaitement ce que l'opothérapie leur doit, puisqu'elles en restent les colonnes et le véritable soutien».

En pratique, la médication ovarienne en particulier, est loin de bénéficier des tentatives de Brown-Séquard qui tendraient plutôt à la discréditer. Rien n'est plus différent, cependant, que les indications vraies de l'opothérapie ovarienne et que celles que lui prescrivait Brown-Séquard. Madame Augusta Brown faisait une application externe de suc ovarique sur un utérus prolabé et les gynécologues actuels prescrivent l'ovarine par injection contre les troubles provoqués par l'ablation ou l'hypofonction de la glande ovarienne.

Il serait plus juste de dire que la médication ovarique dérive de la médication thyroïdienne Pour le corps thyroïde, comme pour l'ovaire, la question a suivi les mêmes étapes, à dix années de distance. Reverdin, en 1882, Kocher, en 1885, puis Juillard, Birscher, Koenig, Bruns, Stokes, Gordon, etc., montrèrent que l'extirpation totale du corps thyroïde provoquait des troubles qui reçurent le nom de myxoédème post-opératoire.

En 1884, Schiff confirmait les résultats cliniques de Reverdin, et en même temps, il indiquait le remède, puisqu'il faisait vivre un chien, auquel il avait extirpé le corps thyroïde, en lui pratiquant dans le péritoine, des greffes de cet organe.

Birscher et Kocher, Lannelongue et Legroux, Bettencourt et Serrano ont eu recours à ces greffes, soit contre le myxoédème opératoire, soit contre le myxoédème infantile. Survinrent alors les communications de Brown-Séquard, qui donnèrent un essor considérable aux injections organiques, et enfin Howitz rendit l'application courante, en démontrant que le même résultat pouvait être obtenu par l'absortion de corps thyroïde en nature. C'est ainsi que la médication thyroïdienne peut être considérée comme avoir eu son essor propre, essor qui n'a été que favorisé par les communications de Brown-Séquard.

La médication ovarienne telle que nous la concevons aujourd'hui a suivi les mêmes étapes que la médication thyroïdienne. Elle ne commence qu'en 1896, après l'échec total de l'injection séquardienne.

Il ne faut pas oublier, en effet, dans l'étude historique de l'opothérapie ovarienne que Brown-Séquard n'a jamais recommandé le liquide ovarien qu'a titre dynamogényque: «Il est évident que si les injections de liquide testiculeux réussissent, comme je l'ai constaté moi-même, à augmenter l'energie des centres nerveux chez les hommes, un succès semblable serait obtenu chez la femme affaiblie par la vieillesse, si on lui faisait des injections de substances retirées par écrasement d'ovaires frais d'animaux jeunes avec l'addition d'un peu d'eau. Villeneuve de Marseille et Mairet de Montpellier reconnurent bientôt le suc ovarien comme inférieur au suc testiculaire.

Régis, de Bordeaux, en Mars 1893, pratiqua avec Loumeau des injections sous-cutanuées de suc ovarien dans un cas de folie post-ovariotomique. Le résultat fut d'abord satisfaisant; Régis pensa que le suc ovarien avait determiné physiquement et psychiquement des résultats relativement très favorables, mais le mois suivant la malade se suicida et Régis revint en partie sur son opinion, en ajoutant: «Néanmoins, le fait n'en reste pas moins négatif relativement a l'action du suc ovarien dans la folie post-ovariotomique et, à cet égard, il ne permet de conclure dans aucun sens. «L'observation de Régis, publiée sous le titre de «Cas de folie consécutive à une ovarosalpingectomie» resta inconnue et ne fut d'ailleurs suivie d'aucune autre.

Il a donc fallu d'abord démontrer que l'ovaire était une glande à sécrétion interne: L'étude des femmes castrées est parvenue à l'établir. Ensuite, il a fallu prouver que la conservation de la glande, même

après la suppression de la menstruation, par l'hystérectomie, permettait d'éviter la majeure partie des troubles de même qu'au cours de l'extirpation du corps thyroïde, la conservation d'une partie de ce dernier évite l'apparition du myoxédème post-opératoire. En même temps, sont venus les essais d'opothérapie ovarienne, montrant qu'une partie des troubles relevés après la castration, cessaient sous l'influence de l'administration de la glande supprimée. Comme pour le corps thyroïde, des essais de greffe ont même été tentés. Enfin, dans une période toute récente il a été essayé de démontrer que les lésions des glandes ovariennes produisent des troubles à l'instar des lésions du corps thyroïde.

Concomitamment avec ces recherches purement cliniques, étaient établies de nombreuses expériences physiologiques, tendant toujours à prouver le rôle sécrétoire de la glande ovarienne.

Nombreux sont les auteurs qui, depuis 1896, se sont attachés à démontrer l'existence de la sécrétion de l'ovaire et la valeur de l'opothérapie ovarienne.

En Mai 1895, je commençai à donner des ovaires crus à des opérées; mais les difficultés que je rencontrai soit pour me procurer ces organes, soit, et surtout, pour les faire prendre aux malades, ne me permirent pas de continuer longtemps mes recherches. Je cherchai dès lors à faire fabriquer de l'ovarine, mais je ne pus guère en obtenir avant l'année suivante, et, sauf un cas traité par de l'ovarine, mes premiers cas ont été traités avec du liquide ovarique que j'expérimentai concurremment avec du sérum simple.

Dans un mémoire déposé à l'Académie de médecine le 27 Février 1896 et intitulé: «Résultats éloignés de la castration chez la femme (1)», je donnai, au chapitre traitement, page 68, quatre observations de malades traitées, une exclusivement par le liquide ovarique, trois par le liquide ovarique d'abord, le sérum artificiel ensuite. Je terminai en concluant que «l'on peut améliorer les malades atteintes de phénomènes vicariants graves après la castration en leur pratiquant des injections de liquide ovarique, et aussi, semble-t-il, de sérum artificiel simple.» Mes observations ultérieures me permettent de confirmer cette double conclusion, dont je donnerai plus loin une explication.

Le 19 Mars 1896, F. Mainzer (2), de Berlin, publiait un cas d'amélioration de troubles dus à la castration par l'ingestion d'ovaires crus.

---

(1) Mentionné dans les Bulletins de l'Académie de Médecine, séance du 3 Mars 1896, p. 196.

(2) F. Mainzer.—«Vorschlag zur Behandlung der Ausfallserscheinungen nach Castration». Deutsche medic. Woch. N° 12, 19 Mars 1896. p. 188.

Le résultat immédiat fut excellent; mais, l'observation ayant été hâtivement publiée, le résultat éloigné ne put être connu.

Le 7 Avril 1896, R. Mond & Kiel (1) relatait plusieurs observations d'opérées qu'il avait traitées avec succès par l'ingestion de tablettes d'ovarine, et il consignait ce fait que l'amélioration demande pour être maintenue la continuation du traitement durant longtemps.

Le 9 Mai 1896, je publiais (2) les résultats éloignés obtenus chez six malades traitées soit par les injections de liquide ovarique (5 cas), soit par l'ovarine (1 cas). J'étendais en même temps le traitement, que je proposais pour la cure de certaines lésions ovariennes, avec trois observations à l'appui, dont l'une avec succès, datant de Décembre 1895. «L'opothérapie ovarienne est à essayer dans nombre de cas d'aménorrhée et de dysménorrhée, dues à des lésions de l'ovaire et contre lesquelles la castration est souvent pratiquée.»

Le 16 Mai 1896, R. Chrobak (3) donnait succintement trois observaations de malades castrées, chez lesquelles les troubles s'étaient améliorés à la suite de l'ingestion de substance ovarienne sèche et le cas d'une femme également amendée, chez qui, les organes génitaux étant absolument normaux, il existait des troubles intenses de ménopause.

Le 10 Juin 1896 paraissait la thèse de mon ami Lissac (4) avec dix-huit observations des malades castrées, traitées favorablement par l'opothérapie ovarienne.

Le 18 Juin 1896, Muret (5), de Lausanne, donnait la relation de vingt et une observations de malades soumises à la médication ovarienne; 8 cas ont trait à la ménopause naturelle; 4 à la ménopause artificielle opératoire; 4 se rapportent à des chlorotiques typiques dont la menstruation était suspendue depuis assez longtemps. Muret proposait d'essayer l'opothérapie ovarienne contre l'ostéomalacie et le goitre exophtalmique.

Avec Muret se termine la période préliminaire, en quelque sorte, de la nouvelle médication. Toutes les indications de la méthode ont été

---

(1) R. Mond.—«Kurze Mittheilungen uber die Behandlung der Beschwerden bei naturlicher oder durch operation veranlasster Amenorrhee mit Eierstocksconserven». Munch. med. Woch. 7 Avril 1896, N° 14.

(2) F. Jayle.—«Opothérapie ovarienne contre les troubles consécutifs à la castration chez la femme». Presse médicale, 3 Mai 1896, N° 38, p. 221.

(3) R. Chrobak.—«Ueber Einverleibung von Elerstockgewe» Centralb. f. Gyn., 16 Mai 1896, núm. 20, p. 521.

(4) M. Lissac.—«Traitement des troubles consécutifs à la castration chez la femme. Opothérapie ovarienne». Thèse, Paris. 18 Juin 1896.

(5) M. Muret.—«De l'organo-thérapie par l'ovaire». Société vaudoise de médecine, 18 Juin 1896, in Revue médicale de la Suisse romande 20 Juillet 1896. núm. 7, p. 317.

posées par des auteurs qui ont, chacun de leur côté et indépendamment, essayé d'établir l'efficacité de l'opothérapie ovarienne. Les travaux suivants sont des travaux de contrôle, qui ont, d'ailleurs, confirmé les premiers.

Le 8 Août 1896, Spillmann et Etienne (1) donnent, au Congrès de Nancy, trois observations de chlorotiques très améliorées par l'opothérapie ovarienne. Les règles, supprimées depuis trois mois et et demi, ont reparu quinze jours après le début du traitement chez une malade, au bout de trois mois chez une autre.

Le 29 Août 1896, je résumais (2) ainsi les diverses indications de la médication ovarienne: cette médication a été prescrite: a) contre les accidents provoqués par la castration; b) contre certaines lésions ovariennes (dysménorrée, aménorrée, anémie, chlorose, adipose, névralgies ovariennes, etc.;) c) contre la ménopause normale; d) contre l'ostéomalacie, la maladie de Basedow (dont je rapporte le premier cas, post-opératoire, ainsi traité.)

Le 8 Octobre 1896, Touvenaint (3) relate quinze observations, dont six de ménopause artificielle, trois d'aménorrée, une de dysménorrée, trois de chloroanémie grave, deux de ménopause naturelle.

Le 8 Septembre 1896 (4) R. Mond rapporte douze nouvelles observations favorables de traitement ovarien pour des troubles consécutifs à la castration ou survenus pendant la période de la ménopause.

En Novembre 1886, Carlo-Fedeli (5) publie un mémoire très intéressant sur l'action thérapeutique de l'ovarine sur la chlorose avec quelques observations très étudiées.

Le 1 Décembre 1896, Jacobs (6) rapporte à son tour, 51 observations de femmes atteintes de troubles variés et traitées par le vin oophorine. Parmi ces malades, 15 sont des neurasthéniques, mélancoliques ou franchement mélaniques; les résultats sont une guérison incomplète, 10 améliorations légères, 4 insuccès complets.

(1) Spillman et Etienne.—«Essai de traitement de la chlorose par l'ovarine et le suc ovarien.»Congrès français de médecine de Nancy, 8 Août 1896.

(2) F. Jayle.—«Opothérapie ovarienne.» La Presse Médicale, 29 Août 1896, núm. 71 p. 437.

(3) Touvenaint.—«Opothérapie ovarienne.» Société obstétricale et gynécologique, séance du 8 Octovre, in La Presse Médicale, 14 Octobre 1896, núm. 84, p. 379.

(4) R. Mond.—«Organothérapie par l'ovaire.» Munch. med. Woch., 8 Septembre 1896, núm. 36, p. 837.

(5) Carlo-Fedeli.—«Recherches sur l'action thérapeutique de l'ovarine; ses rapports avec une nouvelle théorie de la chlorose.»

(6) Jacobs.—«Opothérapie ovarienne.» La Policlinique 1 Décembre 1896, núm. 23, p. 841.

S. Fedoroff publie dans le Vratch un mémoire très intéressant sur l'action physiologique des préparations ovariennes.

En 1897, paraissent quelques travaux de critique, en général d'importance secondaire.

Le 13 Janvier, Senator (1) relate un cas de d'ostéomalacie améliorée par un traitement complexe dans ce cas. Il a encore essayé cette médication dans les troubles de la ménopause, et comme diurétique chez les femmes atteintes d'affection du cœur, des reins et du foie. L'ovarine a bien réussi chez les femmes à l'époque de la ménopause, mais elle n'a rien donné chez les malades du second groupe. Elle a également échoué dans plusieurs cas de maladie de Basedow.

G. E. Caratulo et L. Tarulli (2) publient un mémoire des plus étudies sur la sécrétion interne de l'ovaire.

Ferré et Bestion (3), étudient l'action du suc ovarien, chez le cobaye, et donnent des résultats favorables obtenus chez la femelle.

W. Latzko et J. Schnitzler, publient cinq observations d'ostéomalacie, traitées sans aucun résultat par toutes les préparations ovariennes. Les malades ont été suivies, pendant des mois, et ont pris chacune de 350 à 1000 tablettes d'ovarine, dosées à 20 centigrames chacune.

Jacobs (4) publié un nouveau travail basé sur 81 observations personnelles ou communiquées par des confrères, à peu près toutes favorables.

En1898, E. Saaldfeld, de Berlin, (5) propose l'opothérapíe ovarienne contre toutes les affections de la peau en rapport avec des troubles génitaux et cite à l'appui deux observations intéressantes.

La thèse de Gomès et un petit mémoire de Lealché viennent augmentor le bilan de l'opothérapie ovarienne.

En 1899, Mossé, de Toulouse, écrit une thèse documentée sur la question et donne le résultat de quelqnes expériences d'après lesquelles les résultats expérimentaux donnés por Caratulo et Tarulli se-

(1) Senator.—«Action de la thyroïdine et de l'ovarine dans un cas d'ostéomalacie». Société de médecine berlinoise, 13 Janvier 1897, in Presse Médicale, N° 13; 13 Février 1897, p. LXX, et Berlin. Klin. Woch., 1897, N° 6.

(2) G. E. Caratulo et L. Tarulli.—«La secrezione interna delle ovaie. Studio clinico sperimentale». Boll. dell R. Acc. med. di Roma, 22 année, fasc. 5 et 6 1896.

(3) Ferre et Bestion.—«Action du suc ovarien.» Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux; séance du 12 Avril 1897. In la Presse médicale, 1897, N° 37, 8 Mai, p. CCXII.

(4) C Jacobs. «Opothérapie ovarienne». Journal d'accouchement de Liège, 1897, N° 23, 6 Juin, p. 209.

(5) E. Saalfed. «Berlin & Woch.» 1898 p. 283.

raient sujets à révision: Mossé arrive en effet à des conclusions opposées à celles de Caratulo et Tarulli.

En 1900 Edmond Vidal conseille l'opothérapie ovarienne dans certains états neurasthéniformes.

Dalchi et Lépinois en 1901 proposent l'opetherapie ovarienne dans certains cas de rhumatisme chronique déformant qu'ils croient bien dans une certaine mesure à la dyshophie ovarienne.

Neumańs et Vas (1902) font deux nouvelles études de l'action de la glande ovarienne sur l'animal.

MODE D'ADMINISTRATION

La glande ovarienne peut être administrée sous trois formee différentes: a) à l'état de nature; b) en poudre obtenue par la dessication de l'organe ou ovarine; c) en extrait glycériné ou liquide ovarique.

Les ovaires dont on s'est servi, jusqu'à ce jour, sont ceux de génisses, de vaches et de brebis.

Ovaire en nature.—Ce mode d'administration est à la disposition de tous et se pratique de la façon suivante: a) hacher les ovaires frais en morceaux très menus; b) en faire des bols de 10 grammes; c) enrober chaque bol dans un pain azyme; d) faire avaler à la dose d'un ou deux bols par jour.

Cette méthode a l'avantage de ne faire subir à l'ovaire aucune modification. Elle a le grand inconvénient d'être difficilement acceptée et est d'autant moins recommandable que les résultats obtenus ne sont pas supérieurs à ceux que donne le liquide ovarique ou l'ovarine.

Liquide ovarique.—Le liquide ovarique se prépare d'après la méthode de Brown-Séquard-d'Arsonval. Il est conservé dans des ampoules en verre de 3 ou 5 centimètres cubes que l'on brise au moment de l'injection. Je pratique l'injection, lentement, sur les deux côtés de l'abdomen alternativement et après avoir pris des précautions antiseptiques rigoureuses. Sur un très grand nombre de piqûres, je n'ai eu aucun abcès.

L'avantage de ces injections est de permettre une absorption facile et certaine.

Les inconvénients sont l'appréhension, et, parfois, le refus des malades, la douleur immédiate (surtout de la première piqûre), les nodi qui persistent, deux ou trois jours ou davantage, au niveau de l'injection.

Ovarine.—L'ovarine est une poudre obtenue par la dessication de l'ovaire, à la température ordinaire de l'animal auquel appartenait l'organe (on a pour but, en agissant ainsi, de ne modifier en rien la

substance ovarique). Elle peut être donnée telle qu'elle, en cachets, ou incorporée à des substances avec lesquelles on confectionne des tablettes, des pastilles ou des pilules.

Pour ma part, je prescris l'ovarine brute à la dose de 20 centigrammes, en cachets aussi petits que possible. Il suffit, en général, d'un cachet par jour qué l'on fera prendre, de préférence, un quart d'heure avant le repas de midi. On peut être amenéà donner des doses plus fortes et j'ai administré, sans aucun inconvénient, jusqu'à I gramme d'ovarine en vingt-quatre heures.

Il est bon, tant pour éviter la suggestion que pour ne pas éveiller la répugnance chez certaines femmes, de ne donner aux malades aucune explication touchant la nature du produit qui leur est administré.

L'ovarine est la préparation de choix et j'ai actuellement recours presque exclusivement.

TOLERANCE

La médication ovarienne est très facilement supportée, et personne n'a encore signalé d'accidents semblables à ceux que provoque parfois l'Opothérapie thyroïdienne. J'ai vu cependant un zona survenir après l'absorption de 10 cachets d'ovarine, à la dose de 125 milligrames par jour. Il s'est probablement agi d'une simple coïncidence.

Si l'ovarine n'est pas fraichement préparée, elle peut donner lieu à des accidents intestinaux légers.

INDICATIONS

MENOPAUSE ARTIFICIELLE POST-OPERATOIRE

C'est principalement contre les troubles consécutifs à la castration (1) qu'a étéessayée l'opothérapie ovarienne. Les troubles vaso-moteurs sout particulièrement amendès; les phénomènes nerveux, à proprement parler, sont peu modifiés sous l'influence de cette médication. Contre la neurasthénie et les différent états neurasthéniformes que l'on rencontre parfois chez les castrées, je n'ai jamais obtenu de succès par l'opothérapie ovarienne. Au contraire, les bouffées de chaleur et les inconvénients qui en dérivent sont, la plupart du temps, assez rapidement améliorées. Chez des femmes âgées, j'ai eu cependant quelques insuccès.

Un point important est de faire continuer le traitement longtemps,

(1) F. Jayle.—«Effets physiologiques de la castration chez la femme». «Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale, núm. 3, Mai-Juin 1897, p. 403-456.

quinze jours et même un mois, à la dose quotidienne de 0 gr. 40 centig. d'ovarine, sont juste suffisants dans la plupart des cas pour permettre de porter une appréciation juste sur la valeur de l'opothérapie.

MENOPAUSE NATURELLE

L'indication de l'opothérapie ovarienne contre les troubles de la ménopause naturelle a été posée dès le début des essais de cette médication. De nombreux cas ont été publiés par Muret, Mond, Jacobs, mais les observations de ces auteurs sont sommaires et n'ont pas, pour la plupart, le contrôle du temps. J'ai prescrit souvent l'ovarine chez des ménopausées et n'en ai pas retiré de résultats brillants. Des améliorations incontestables sont survenues, mais ces améliorations sont restées transitoires et presque toutes les malades ont renonce à un traitement trop long et trop dispendieux pour les résultats qu'il donnait.

LESIONS OVARIENNES

Dans certains cas de lésions ovariennes, peut-on espérer une amélioration transitoire ou définitive par la médication ovarienne? Il est fort difficile de résoudre cette question tout d'abord parce que le diagnostic clinique de l'ovarite est des plus difficile à établir positivement et ensuite parce qu'il est toujours permis de se demander si l'amélioration constatée ne serait pas survenue d'elle même. Depuis Décembre 1895, j'ai traité un certain nombre de malades chez lesquelles j'ai cru devoir rapporter à des lésions ovariennes les douleurs dont elles se plaignaient.

Les résultats ont été des plus variables et je ne saurais dire jusqu'a quel point l'opothérapie a pu être utile.

INSUFFISANCE OVARIENNE

J'ai donné le nom d'insuffisance ovarienne à un ensemble de trou bles déterminée par l'hypofonction de la glande ovarienne, considerée au seul titrè de glande à sécrétion interne (1). Ces troubles sont constitués par: *a*) des modifications de la menstruation; *b*) des symptômes vaso-moteurs et nerveux.

---

(1) F. Jayle. L'insuffisance ovarienne. «La Pren. Medical.» 1900. 17 Mars. n. 22.

a) Modification de la menstruation.—La menstruation n'est plus régulière: il existe soit de l'aménorrhée, soit de la dysménorrhée, soit des métrorragies, ces trois états pouvant se succéder sans se combiner.

Cette irrégularité menstruelle peut être d'origine récente. Il est des femmes réglées tard, vers seize, dix-sept, dix-huit ans, chez lesquelles la menstruation est toujours difficile et irrégulière; leurs ovaires sont d'emblée en état d'insuffisance. Elles forment cette catégorie de souffreteuses qu'on trouve surtout dans les grandes agglomérations ouvrières. Ce sont des dégénérées; leurs ovaires, insuffisants comme sécrétion externe; ces femmes sont inféecondes ou peu fécondes, la nature parant d'elle-même à la dégénérescence de la race.

L'irrégularité menstruelle peut aussi être acquise et succéder en particulier à la grossesse. Dans ce cas, la lésion paraît être toujours d'ordre anatomique.

b) Symptomes vaso-moteurs et nerveux.—Outre les troubles menstruels, il existe un ensemble de symptômes plus ou moins accentués suivant les cas et qui sont de même nature que ceux observés après la castration ovarienne. Plus l'insuffisance est complète, plus les troubles sont marqués. et le fait est facile à comprendre, puisqu'on se rapproche de l'insuffisance totale créée par l'acte chirurgical. On observera donc des bouffées de chaleur, un affaiblissement de la mémoire, des modications du caractère qui devient irritable, des signes de neurasthénie et d'asténie neuro-musculaire.

Le diagnostíc d'insuffisance ovarienne étant fait, il s'agit de savoir si la cause est d'ordre anatomique ou d'ordre phyisiologique.

L'examen physique pourra être d'une grande utilité. mais l'épreuve thérapeutique est encore bien préférable. Cette épreuve a son importance, car, si elle réussit, elle prouve que le traitemant médical peut suffire et doit suffire. Elle amène également à cette conclusion, que le traitement chirurgical parfois proposé ne répond pas à l'indication causale, puisque, au lieu d'enlever les ovaires, il faut au contraire donner du tissu ovarien. L'orientation de la thérapeutique est, de ce fait, complètement changée.

Beaucoup de malades rentrent dans cette catégorie: elles forment ce grand contingent de femmes que les chirurgiens n'opèrent qu'à regret, parce qu'elles ont peu de lésions, et que les médecins soignent mal, parce qu'ils en font de simples nerveuses. Ce sont des femmes qui peuvent présenter beaucoup de tares. mais qui ont tout au moins de l'insuffisance ovarienne contre laquelle on peut agir.

On peut remédier à cet état d'insuffisance ovarienne par de nombreux moyens. Il semble que l'ovaire sécrète une substance qui agit

sur le système sympathique; à l'état normal, cette sécrétion a lieu surtout au moment de la ponte, périodiquement; en agissant sur les vaso-dilatateurs de l'utérus, elle détermine le flux menstruel. Qu'il y ait défaut dans cette sécrétion et les troubles apparaissent: modifications des règles d'une part, troubles nerveux réflexes d'autre part.

Le rôle du thérapeute est de chercher à rétablir la régularité de cette sécrétion, et il y parviendra de différentes façons.

Si le défaut de sécrétion est, je dirais volontiers d'origine congénitale, s'il s'agit d'une femme à développement génital incomplet, accompagné souvent d'un défaut dans le système vasculaire en particulier (rétrécissement mitral, développement veineux exagéré), le but est de tendre à la reconstitution de l'organisme en général (régime alimentaire, hydrothérapie, exercices, électricité, etc.), et à l'établissement de la sécrétion ovarienne d'autre part, soit directement (opothérapie), soit indirectement (emménagogues, mariage, etc.). Mais contre cet état le traitement chirurgical est à déconseiller formellement parce qu'il ne guérit pas et ne peut pas guérir.

Si le défaut de sécrétion tient à une cause anatomique, acquise, la suppression de la cause peut amener la guérison.

Il importe donc de distinguer les cas:

1.° *L'insuffisance ovarienne peut être primitive*, d'ordre physiologique pur. Le traitement sera *toujours médical;* il peut être pathogénique avec avantage et l'opothérapie est à indiquer de préférence.

2.° *L'insuffisance ovarienne peut être secondaire* et tenir à une lésion.

La lésion peut être légère: le traitement médical, et en particulier l'opothérapie, sera suffisante. Mais elle peut être grave, irrémédiable et dès lors le traitement chirurgical devient utile, voire même nécessaire.

ANEMIE ET CHLOROSE

Muret, Spillmann et Etienne ont publié des cas favorables de chlorose ou d'anémie traités par le suc ovarien. Sans vouloir aucunement faire de la chlorose une affection à point de départ toujours ovarien, je pense qu'il est des cas de chlorose sous la dépendance exclusive d'un trouble du fonctionnement des glandes ovariennes. Par suite, l'opothérapie ovarienne sera parfois indiquée, en cas d'anémie ou de chlorose.

OSTEOMALACIE GOITRE EXOPHTALMIQUE. GOITRE SIMPLE. ADIPOSE, ETC.

L'opothérapie ovarienne a été essayée dans ces diverses affections sans grand résultat. Sénator, W. Latzko et J. Schmitzler ont montré qu'il reste nul dans l'ostéomalacie et dans le goitre exophtal mique.

J'ai observé un cas de goitre exophtalmique consécutif à la castration et qui a été amélioré par la médication ovarienne.

De même, j'ai traité par l'ovarine une malade chez laquelle étaient apparus en même temps des symptômes d'ovarite gauche et de goitre. Je prescrivis de l'ovarine évidemment à tout hasard, et tous les symptômes s'amendèront.

Enfin, j'ai prescrit l'ovarine dans quelques cas d'adipose; comme ce médicament n'était pas donné seul, je ne saurais rien conclure des résultats obtenus.

MODE D'ACTION DE L'OPOTHERAPIE OVARIENNE

Caratulo et Tarulli ont pratiqué sur des chiennes et des femelles de mus musculus, des expériences destinées à élucider la question de l'influence des ovaires sur les échanges organiques. De leurs très intéressantes recherches, ils tirent les conclusions suivantes: 1° l'ablation des ovaires a une influence considérable sur le métabolisme organique; 2° les phosphates éliminés diminuent considérablement après la castration; 3° l'élimination de l'azote présente de légères oscillations; 4° l'acide carbonique expiré et l'oxygène inspiré diminuent sensiblement jusqu'à une certaine limite, puis leur quantité reste stationnaire; 5° le poids corporel augmente graduellement; 6° en injectant une dose moyenne de suc ovarien, la dose des phosphates éliminée devient supérieure à celle qui existait avant la castration; avec des doses plus fortes, les phosphates augmentent considérablement; 7° l'extirpation simultanée de l'utérus et des ovaires ne provoque pas de modifications autres que celles constatées après l'extirpation des ovaires seuls. La conclusion dernière des auteurs est que les ovaires ont une sorte de sécrétion interne, de nature inconnue, qui, déversée continuellement dans le sang, favorise l'oxydation des substances organiques phosphorées, des hydrocarbures et des graisses.

Carlo-Fedeli, étudiant l'action de l'ovarine sur des chlorotiques, examine le sang, avant et aprés l'absorption d'ovarine. Chez una malade il trouve avant la médication: hémoglobine, 49,5; globules rou-

ges 3.800.000. Après, l'examen donne: hémoglobine, 54; globules rouges, 6 millions. Chez une seconde malade, même résultat.

Deux autres malades sont étudiées au point de vue de l'action exercée par l'ovarine sur la toxicité urinaire. Chez l'une, le coefficient urotoxique était de 0,26,56 avant, et il devient de 0,6480 après dix jours de traitement (0,50 centigrammes par jour), et atteint 0,96,50 après quinze jours (0,80 centigrammes par jour).

Enfin. dans deux autres observations, Carlo-Fedeli étudie l'action de l'ovarine à dose faible mais prolongée, sur l'isotonie, dans les cas de chlorose vraie; les doses n'ont jamais été supérieures à 0,21 centigrammes par jour. Premier cas: femme de ving-et-un ans. Avant le traitement: isotonie, 0,86; après dix jours de traitement: 0,40; aprés quinze jours: 0,32. Deuxième cas: femme de dix sept ans. Avant le traitement: isotonie, 0,50; aprés quinze jours, 0,38.

Pour l'auteur, l'ovarine agit par l'intermédiaire du système nerveux et particulièrement par l'intermédiaire du système nerveux de l'ovaire.

Senator, chez une ostéomalacique, soumise au traitement thyroïdien, puis au repos, puis au traitement ovarique, a relevé les constations suivantes: 1° la diurèse a atteint son maximum pendant la période du traitement par l'ovarine; 2° la quantité d'urée de l'urine qui était de 6. 42 avant le traitement, de 7,82 pendant le traitement thyroïdien, est tombé à 5,9 pendant le période de repos, pour remonter à 8,29 pendant le traitement par i'ovarine; 3° l'élimination de l'acide phosphorique a subi des modifications parallèles: de 0,96 avant tout traitement, sa quantité monte à 1,944 pendant le traitement tyroïdien, reste à 1,46 pendant la période de repos, et remonte à 1,4244 pendant le traitement par l'ovarine; 4.° l'excrétion des corps alloxuriques a été représentée pendant les quatre périodes par: 0,154, 0,190, 0,172, 0,2709, on a jamais trouvé d'acide lactique; 5.° l'alcalescence du sang (un seul examen) a été trouvée très exagèrée; l'examen microscopique du sang n'a montrè rien de particulier; 6.° l'examen des matières fécales a révélé que, sous l'influence du traitement par l'ovarine, l'excrétion de la chaux a subi un acroissement considérable (1,32 a lieu de 1,38).

Ces observations, faites par des auteurs différents, semblent b faire admettre que l'ovarine possède une influence incontestable sur échanges de l'organisme. Mais comment se produit cette action? L' tervention du système nerveux me parait d'autant plus nécessaire q j'insiste sur ce point, j'ai obtenu par des injections de sérum sim artificiel, chez des castrées et des ménopausées naturelles, des rés

tats analogues à ceux que donne l'absorption d'ovaires crus ou d'ovarine à l'intérieur. De plus, les troubles qui sont surtout améliorés, chez les castrées et les ménopausées, sont les troubles vaso-moteurs (bouffées de chaleur) et chez les dysménorréiques les troubles nerveux réflexes (douleurs, syncopes, vomissements).

L'ovaire sécrète une substance qui agit sur le systéme sympathique; à l'état normal cette sécrétion a lieu surtout au moment de la ponte, périodiquement, et agisant sur les vaso-dilateurs de l'utérus, elle détermine le flux menstruel. Ce flux menstruel, par sa périodicité, a pour conséquence de créer un état tout particulier du système vaso-moteur féminin, état qui ne saurait se modifier brusquement sans encombre.

Ces deux notions étant admises, on peut expliquer les troubles par absence totale ou par défaut de la substance sécrétante, ainsi que le traitement par l'opothérapie ovarienne de la façon suivante:

1.° *Castration ovarienne complete.*—La substance ovarienne manque complètement. Trois cas peuvent se produire:

a) La malade n'a jamais été réglée; le systéme vaso-moteur n'est habitué á aucun changement périodique. Aucun trouble nesurviendra.

b) La malade n'est plus réglée depuis longtemps, et a franchi tous les troubles de la ménopause; le systéme vaso-moteur a cessé d'être habitué à un changement périodique. Aucun trouble ne surviendra.

c) La malade est réglée et se trouve en pleine activité génitale; le systéme vaso-moteur est habitué à une déplétion périodique. La substance ovarienne, excitatrice des vaso-dilatateurs utérins amenant le flux menstruel, manque. Le flux ne survient pas, la tension vasculaire augmente, des troubles compensateurs se produisent; vaso-moteurs, nerveux-réflexes, nutritifs.

Si l'établissement des règles date de peu, si les règles ont été peu abondantes, l'habitude de la déperdition sanguine menstruelle est peu accusée, et les troubles seront de peu de durée. Si les règles sont fortes, régulières, les troubles seront marqués, et ils le seront d'autant plus que l'habitude sera plus ancienne, par conséquent, que la malade sera plus âgée (ainsi s'explique ce fait que les femmes fortes, castrées autour de la quarantaine, sont les plus incommodées, tandis que les toutes jeunes, avant la vingtaine, le sont moins). Si, par suite de la maladie la malade a eu des pertes de sang très longues et répétées, les troubles seront moindres, le sang étant appauvri, le système nerveux étant déprimé (fait clinique couramment observé).

Le traitement découle de la théorie: suppléer au flux menstruel par les saignées, les purgatifs, les bains de vapeur, ou mieux agir sur le

système nerveux à l'instar de la substance ovarienne. L'action sur le système nerveux s'obtiendra par différents moyens: douches froides, injections sous-cutanées de sérum ou autres liquides, absorption de la substance ovarienne même qui est contenue dans l'ovaire. Cette action sur le système nerveux pourra s'exercer de deux façons: ou elle fera paraître les règles, si c'est possible; ou elle supplèera à cette déperdition en activant d'autres échanges, comme l'ont expérimentalement démontré Caratulo et Tarulli. Dans les deux cas, les troubles reflexes cesseront, ou seront tout au moins fort amendés. La durée et l'intensité du traitement dépendront de l'habitude prise par le système nerveux et le système vasculaire, avant la castration.

2° *Menopause naturelle.*—Avec l'ovulation cesse la sécrétion ovarienne, et la femme se trouve dans les mêmes conditions que la malade castrée. La différence dans le degré des troubles s'explique par les différences individuelles touchant les caractères des règles, leur mode de cessation, l'état nerveux et le système vasculaire de la malade.

3° *Cessation des règles par hysterectomie vaginale sans castration ovarienne.*– Les troubles pourront être nuls si la déplétion sanguine périodique était moyenne, et si l'intervention n'a pas détruit les système vasculaire et nerveux des ovaires laissés en place, la sécrétion ovarienne continuant à se faire suffisante pour suppléer à la déperdition menstruelle, en activant d'autres échanges. Si la sécrétion est insuffisante ou, bien que les ovaires aient été laissés, qu'elle manque par suite d'une atrophie rapide de ces derniers, le traitement sera à instituer comme dans les cas précédents.

4.° *Insuffisance ovarienne.*—La substance ovarienne est sécrétée en trop faible quantité; elle n'agit pas ou elle agit mal sur les nerfs vaso-moteurs utérins; d'où des spasmes utérins, des contractions avortées et des troubles nerveux réflexes d'autant plus accentués que la malade est elle-même plus nerveuse. Le traitement reste toujours le même: agir directement ou chercher la suppléance.

5.° *Chlorose de cause ovarienne.*—Après avoir commencé, la sécrétion ovarienne se tarit et des troubles de nutrition (adipose, pâles couleurs) surviennent. Tout traitement qui favorisera le retour des règles (le mariage agit parfois par suite de l'excitation qu'il donne au système génital) ou qui activera les échanges sera suivi d'un bon résultat. L'opothérapie ovarienne agit à ce double titre, mais elle ne peut se montrer efficace que dans les véritables chloroses d'origine ovarienne, dans les cas rares d'anémie due à la castration.

6.° *Ovarite.*—Dans certains cas d'ovarite, il peut y avoir congestion, suractivité glandulaire et peut-être production de sécrétion anor-

male: d'où des irritations nerveuses (douleurs), des flux utérins anormaux (métrorragies, ménorragies). L'opothérapie ovarienne aurait pour effet, soit de permettre plus facilement le repos de l'organe enflammé, en établissant la suppléance à sa fonction (suractivité des échanges), soit de le suppléer directement, en agissant sur le système vaso-moteur utéro-ovarien, en régularisant le fonctionnement troublé. Mais avant d'établir cette théorie, il reste à prouver, mieux que je n'ai pu le faire, que l'opothérapie ovarienne est réellement efficace contre certaines variétés d'ovarite.

CONCLUSIONS

L'opothérapie ovarienne est une conséquence de la théorie générale, scientifiquement établie par Claude Bernard, sur la sécrétion interne des glandes. Elle a donné, entre les mains d'auteurs différents, suffisamment de succès pour qu'on soit fondé à croire qu'il ne s'agit pas de simple coïncidence. Par contre coup, elle a eu pour résultat d'attirer particulièrement l'attention des gynécologistes sur l'importance de la glande ovarienne, et par suite d'étendre la pratique des opérations conservatrices, si ardemment péconisées par mon maître, M. Pozzi.

L'opothérapie ovarienne est une médicatton simple et généralement efficace dans la ménopause artificielle, la ménopause naturelle, l'aménorrée, la dysménorrée et l'anémie d'origine ovarienne, peut-être dans certains cas d'ovarite. La plupart des troubles relevant de ces différents états sont restés, jusqu'à ce jour, tributaires d'un traitement compliqué ou n'étaient l'objet d'aucune thérapeutique.

D'autres recherches en établiront mieux les indications. et feront sans doute connaître le principe actif du remède. Mais on peut déjà appliquer à l'opothèrapie ovarienne, ce jugement porté par M. le professeur Landouzy, sur l'opothérapie en général: «C'est une méthode qui porte à son actif d'incontestables services; qui a répondu efficacement à certaines indications, qu'il appartient à la clinique et à la médecine expérimentale de mieux dégager; qui encore a pour elle maintes prémisses physiologiques.»

Discussion

Dr. GUTIERREZ (Madrid): En algunos casos triunfa, pero no está resuelto todavía este asunto.

Cita el caso de una señora en la cual se notaban todos los fenómenos de amenofania y la oporterapia no fué completamente satisfactoria por-

que si disminuyeron los síntomas de sofocacion no volvió la menstruación. En la menopausia artificial después de la histerectomia, desaparecen los fenómenos vaso-motores de sofocaciones, vértigos etc., pero, no dejan de repetirse. Es, pues, infiel la opoterapia y es cuestión á estudiar.

Dr. SUAREZ DE GAMBOA (México): La medicación ovárica es infiel. No he encontrado yo las ventajas que tanto ensalzan actualmente. La verdadera vía para el tratamiento de la menopausia artificial está en la Cirujía, conservatriz de los anexos.

COMMUNICATIONS

EMBARAZO Y ASMA ESENCIAL

por el Dr. JUAN SAU SANTALO (Camprodón).

No se trata de un estudio de conjunto de las relaciones de este estado fisiológico de la mujer, con respecto á aquella enfermedad, mi objeto es solamente la reseña de un caso clínico sumamente especial y que no he encontrado repetido en mi práctica ni en la de otros médicos distinguidos á quienes expliqué la historia de la enferma.

Trátase de una mujer que vive en el campo, bien constituída y que nada registra en sus antecedentes personales digno de mencionarse; en su familia, he visto un caso de tuberculosis pulmonar y nada más; está casada con un molinero y habitan en el mismo molino. Ha tenido seis hijos sin que en ningún peurperio le haya sucedido cosa alguna de particular.

Cuando esta mujer no está embarazada, sufre unos ataques muy serios de asma qne no tienen otra cosa de particular que una intensidad muy grande, durando cuatro días seguidos; empiezan paulatinamente, en medio del bienestar más completo, luego va aumentando su intensidad obligándole á guardar cama, con períodos de verdadera apnea, con un ronquido inspiratorio y respiratorio muy fuerte, pónese sudorosa y azulada, sufriendo extraordinariamente, hasta el extremo de perder alguna vez la lucidez cerebral; va borrándose tan aparatoso cuadro y á los cuatro días ha desaparecido por completo quedando hasta el siguiente ataque con la salud más perfecta.

El intérvalo de uno á otro ataque es muy variable, oscilando en general de uno á tres meses como á máximo período de calma.

Al poco tiempo de ponerse embarazada esta mujer (al mes ó dos meses todo lo más) cesan por completo dichos ataques, gozando como en ninguna otra época de excelente salud; es por demás decir que el embarazo ha sido siempre llevado á término, sin interrupción alguna en los seis que ha sobrellevado; pasado el parto, y después de un tiempo variable, uno ó dos meses, vuelven á presentarse los fatigosos ataques, hasta el embarazo siguiente.

Como antes dije, de soltera jamás tuvo la más pequeña sombra de tal enfermedad; empezando después del primer parto, y con la particularidad que en esta época fué cuando los sufrió más fuertes.

En mi concepto, estos ataques de asma no son producto de otra causa que de la estancia de la enferma en el molino, por el polvillo que en estas industrias invade por completo la atmósfera, el cual obrando sobre la mucosa nasal produce por reflejismo dichos ataques; no tengo la contraprueba de mi afirmación, pues jamás la enferma se ha separado de su vivienda por una temporada larga; por otro lado la mucosa nasal que he examinado distintas veces me ha parecido siempre sana, sin embargo, le he prescrito distintos tópicos, con resultado negativo absoluto, y también las distintas medicaciones clásicas de la enfermedad surtieron igual efecto.

Con más ó menos verosimilitud hasta aquí cabe explicar perfectamente el proceso morboso, por aquella hipótesis ó por otra, la dificultad aumenta al querer descifrar la segunda parte de la afección: porque desaparecen los ataques asmáticos en cuanto sobreviene el embarazo? Caben en el terreno hipotético multitud de suposiciones, pero después de madurar las muchas que se me han ocurrido y que omito para ser más breve, acabo por no darme explicación del hecho. No he de insistir en que durante ese período de embarazo la mujer continua en sus ocupaciones habituales de ayudar á su esposo, en la molienda de trigo y cebada.

LOCURA PUERPERAL TRES VECES REPETIDA

por el Dr. JUAN SAU SANTALO (Camprodón).

Forma el objeto de esta comunicación una joven casada, que en todos sus puerperios ha padecido ataques prolongados de manía aguda clásica puerperal.

No me ha sido posible reunir con toda exactitud los datos referentes á los dos primeros ataques, pues únicamente la he asistido en el último actualmente en evolución: en cuanto á antecedentes de familia son completamente negativos, pues á su madre, que actualmente vive y cuida á la enferma, jamás le sucedió cosa parecida, su padre tampoco registra afección alguna de esta clase; tiene una hermana casada y con hijos habiendo sido completamente normales sus puerperios, nada hay tampoco en las ramas colaterales.

Las condiciones de su existencia son del todo inmejorables bajo el punto de vista de acción y reposo cerebral, pues residiendo en el campo de una manera continua, para nada hay que pensar en los combates de la vida que tan gran influencia tienen en el desarrollo de tales afecciones; no sucede lo mismo con las condiciones bromatológicas, que son deplorables por todo extremo, ya que serían de verdadera miseria comparadas con las que disfrutan en las poblaciones regulares las clases inferíores inclusive, pues aislados de todo centro carecen de lo más indispensable para la vida, nutriéndose con los productos que cosechan que son pocos y malos, creándose con ello un verdadero estado de inferioridad orgánica que se revela á la vista y que el menor choque abre una brecha en sus facultades intelectuales, ya muy rudimentarias por faltarles todo asomo de cultura.

A esta causa únicamente me es dable atribuir la enfermedad de esta joven, pues á la miseria común de su clase, reune como un verdadero modelo todo el atraso intelectual que es posible hasta el mismo límite de la imbecilidad; esto aparte de que la causa que modernamente tiene gran predicamento entre los tocólogos, la infección, para nada puedo culparla; pues las infecciones son muy raras en las condiciones que me ocupan y la desgraciada mujer que es víctima de ella, acostumbra á morir, pues lo poco que cabe como á tratamiento siempre se hace tarde y mal, de modo que en ninguno de los tres ataques de locura puerperal que ha padecido la enferma, ha podido atribuirse á

infección su desarrollo y sí unicamente á sus condiciones orgánicas como antes dejé apuntado.

La forma de locura en los tres puerperios ha sido siempre la misma; la manía religiosa y la de persecución, viéndose obligados sus deudos á vigilarla continuamente y á sujetarla algunas veces en la cama por la exaltación que sufría, siendo esta cada vez menor, pues la primera locura que padeció fué la más exaltada de todas y la actual, tercera, la que menos intensidad ha revestido. La primera, fué también la más precoz en su aparición, pues al día siguiente del parto, empezaron á dibujarse síntomas de trastornos cerebrales que rápidamente fueron aumentando hasta los quince días en que la enfermedad revistió toda su intensidad, la segunda vez, que habían transcurrido diez y ocho meses del primer ataque fué menos intenso que el primero, pues aunque tuvo algunos días exaltaciones serias, pocas veces obligaron á emplear la fuerza bruta para contener á la enferma; y en este último ataque esta es la hora que han de presentarse exacerbaciones parecidas á las otras veces; está sí poseida de las mismas ideas religiosas, pues teme una condenación en forma de castigo eterno, le torturan en su imaginación con molestias atroces, á menudo ve extravagantes figuras que tratan de llevársela, pero todo esto pasa tranquilamente y apenas si se mueve de su asiento, donde amenudo cabizbaja deja transcurrir horas enteras.

La época de aparición del ataque después del parto, ha sido también distinta cada vez, la primera, á los pocos días estaba completamente trastornada su mente, contaba entonces la enferma veinte y un años, sin que anteriormente hubiese estado enferma de afección alguna, aparte los pequeños trastornos propios de la infancia; el segundo ataque que sufrió diez y ocho meses después, tardó más de quince días después del parto, en presentarse, sin que en el intermedio le sucediese nada de particular y en este último veinte meses transcurridos del anterior en la normalidad más absoluta, ha tardado cinco meses en presentarse la locura, cuando se creía poderla descartar completamente; bien es verdad que ellos lo atribuyen á una medicación bromurada que yo le prescribí junto á una abundante ración de leche, unas cuantas semanas antes del parto, medicación que sin embargo abandonaron muy pronto, como acostumbran y que por lo tanto me es difícil creer en su influencia; esta vez ha lactado á su hijo hasta que yo la ví, y por tanto el período puerperal bajo el punto de vista que me interesa ha continuado hasta dicha fecha, en que recomendé la lactancia artificial de la criatura, á falta de otra mejor, cosa que ya venía haciendo á medias y muy mal por las irregularidades mentales de la madre.

Los dos primeros ataques duraron poco tiempo en especial el primero, el más intenso, pues á los tres meses de su fecha había ya desaparecido por completo; el segundo duró de cinco á seis meses transcurridos los cuales quedó la mujer completamente normal (y en esta fecha, lleva ya dos meses) el tercero sin que por ahora se noten síntomas claros del restablecimiento mental de la enferma. Pasado el ataque cada vez la enferma recuerda muy vagamente alguna de las escenas que han tenido lugar durante el mismo.

En conclusión, opíno que para nada ha intervenido la infección puerperal en estos ataques de locura y que obedecen sencillamente á las condiciones orgánicas de la enferma.

Discussion.

Dr. CORTEJARENA (Madrid): He pedido la palabra para decir algo acerca del asunto de esta comunicación, que leída en español no habrá sido comprendida por muchos de nuestros colegas.

La locura puerperal no es muy común, pero no deja de verse algunos casos. Sobreviene muchas veces sin antecedentes que la hagan suponer.

Recuerdo una observación interesante que se refiere á dos hermanas. La primera, embarazada por primera vez, buen embarazo; su parto fué lento por atonia uterina. Llamado en consulta porque tardaba mucho y salía algo de sangre, temiendo hemorragia vigilamos mucho el parto que se verificó espontámeamente; pero siendo preciso acelerar la salida del feto y saliendo sangre después, extrage rápidamente la placenta, excité la contracción uterina y la parida quedó bien.

Tres días después empezó á dar señales de trastornos cerebrales, por grandes gritos y malos tratamientos de palabra á su familia, únicamente preguntaba con cariño por mí.

Al cabo de algunos días y terminado el puerperio fisiológico, quedó la enferma al cuidado de un especialista. Trasladada al campo, curó después de año y medio. Tuvo otro embarazo y el parto fué natural, sin presentarse nuevamente la locura puerperal.

Lo curioso es que otra hermana, primeriza también, parió espontáneamente, y en el puerperio sobrevino locura puerperal que duró menos tiempo y que curó después y hoy sigue bien curada.

GROSSESSE EXTRA-UTERINE BILATERALE

par Mr. A. PSALTOFF (Smyrne).

Messieurs:

Je prends la parole pour vous communiquer une observation de grossesse extra-utérine bilatérale, observation qui m'est personnelle et dont l'intérêt scientifique m'a paru digne de votre attention.

Vous voyez devant vous, Messieurs, deux dessins qui représentent deux fœtus différents, extraits simultanément par laparatomie, de l'abdomen d'une femme de trente-cinq ans.

La figure n° I représente un fœtus de près de cinq mois et dont le développement s'est fait dans la trompe droite.

La femme a présenté, il y a quelques mois, tous les symptômes probables d'une grossesse extra-utérine, comme je l'exposerai plus loin. En attendant, comme elle souffrait horriblement du ventre, elle est venue me consulter à l'hôpital.

La figure n° II représente le second fœtus, âgé de plus de quatre mois, momifié comme vous voyez. Je l'avais trouvé au cours de l'opération én explorant l'annexe gauche de la malade. Ce fœtus, malgré son âge de près de cinq mois, selon les renseignements que j'avais pu recueillir, existait depuis plus de trois ans, dans la cavité abdominale, sans causer le moindre trouble à sa mère. Les parties liquides s'étaient résorbées et le fœtus était réduit à l'état de momie.

L'observation de cette femme se résume en ceci:

Feuille d'admission de l'Hôpital hellénique St. Charalambos, n° 1085.

Le 19 setembre 1902 est entrée, dans mon service à l'hôpital, la nommée E. E., originaire de Narli (ville située non loin de Smyrne, sur le parcours du chemin de fer) et âgée de trente-cinq ans. Elle m'a raconté qu'elle avait toujours été bien portante et bien réglée. Mariée depuis dix-sept ans, elle avait eu sept enfants à terme. Son dernier accouchement datait de sept ans. Il y avait plus de trois ans, au mois de Juin 1899, elle avait senti, après un retard de quelques jours dans ses règles, des douleurs au ventre, accompagnées de vomissements. Ces phénomènes, après avoir duré vingt-quatre heures, avaient diminué, pour reprendre quinze jours après avec moins d'intensité, mais accompagnés d'une métrorragie légère. Cet état avait



Fig. I.—Grossesse tubaire droite 5 mois.



Fig. II.—Grossesse ovarique gauche. Fœtus momifié, âgé à peu près de 4 1[2-5 mois, enlevé de la cavité abdominale 3 ans et 4 mois après la fécondation.

continué pendant cinq à six mois et pendant ce temps, ses règles avaient complètement cessé. Depuis, tout mal avait disparu, la femme s'était complètement rétablie, ses époques avaient repris leur cours régulier et elle pouvait vaquer à ses occupations de ménage.

Il y a quatre mois les mêmes phénomènes se sont reproduits: douleurs au ventre et vomissements. Comme cet état a persisté pendant plusieurs mois, elle est venue à Smyrne me demander mes conseils. Ses règles étaient de nouveau supprimées pendant ces quatre mois. A son entrée à l'hôpital, elle avait l'air d'une personne bien souffrante, elle ne pouvait se tenir debout et l'on dut lui faire des injections de morphine pour calmer ses souffrances.

Son ventre était tendu et douloureux à la palpation. Par l'examen bimanuel j'ai constaté l'existence d'une tumeur dure, de la grosseur d'une tête d'adulte, immobile, qui remplissait l'hypogastre et remontait jusqu'à l'ombilic presque. Le cul de-sac postérieur était plein, cette tumeur l'occupait tout entier.

Le col de la matrice était ramolli en rétroversion. L'utérus était derrière le pubis, plus gros qu'un utérus normal, immobile, et paraissait englobé par la tumeur.

L'état général de la malade était mauvais; elle avait le facies altéré, et le pouls petit et fréquent (120-130 pulsations à la minute).

L'existence d'une grossesse extra-utérine m'a paru l'hypothèse la plus probable, mais les antécedents de la malade me donnaient à penser. Le 21 septembre je procédais à la laparotomie, après avoir placé la malade dans la position inclinée. A peine le péritoine incisé, la tumeur apparaissait, ayant une surface lisse, très vasculaire et occupant tout le petit bassin.

Après avoir bien limité la grande cavité péritonéale par des compresses aseptiques, j'ai incisé la tumeur qui était fluctuante et une quantité de liquide caractéristique et de sang a coulé. L'hémorragie était assez abondante et, sans perdre de temps, j'ai introduit la main dans la poche et j'en ai enlevé le fœtus que représente la figure n° I. J'ai procédé sans retard au décollement du placenta et à la décortication de la poche entière. La poche enlevée, j'ai mis quelques ligatures nécessaires sur le ligament large, après avoir rempli la cavité de gaze stérilisée. Comme la matrice n'était pas libre du côté gauche, je suis allé à la recherche de l'annexe opposée et alors derrière le ligament large, j'ai trouvé une tumeur grosse comme le poing, adhérente, ayant la consistance molle. Je l'ai ponctionnée avec la pointe du bistouri et presque rien n'en coulait. En l'incisant, je me suis trouvé en face d'un fœtus momifié, celui de la figure n° II. J'ai alors procédé

au décollement de cette tumeur que j'ai pu enlever tout entière. Après avoir mis également de ce côté les ligatures nécessaires, j'ai terminé l'opération en faisant la toilette du péritoine et en enlevant toutes les compresses qui se trouvaient dedans, ne laissant qu'un tamponnement á la Mickulitz qui, dans le cas spécial et d'autres similaires, m'a rendu de réels services au point de vue de l'hémostase et du drainage. L'opération a duré une heure et les suites opératoires étaient bien simples; la malade n'a pas présenté le moindre symptôme inquiétant. Le huitième jour, j'ai enlevé le Mickulitz et après un séjour d'une quarantaine de jours à l'hôpital, elle est rentrée chez elle entièremen guérie.

Cette observation, comme vous voyez, est intéressante par la coïncidence de deux grossesses extra-utérines opérées simultanément.

Elle vient aussi à l'appui des opinions suivantes:

1° Qu'un fœtus, provenant d'une grossesse extra-utérine, peut rester pendant plusieurs années dans le ventre sans causer le moindre dérangement à la personne qui le porte;

2° Une femme qui a eu une grossesse extra-utérine, est sujette à en avoir une seconde pareille;

3° Lorsqu'on se trouve en présence d'une grossesse ectopique, il faut en l'opérant examiner soigneusement les annexes;

4° Se poser la question si, pour préserver la femme d'une récidive probable, on ne doit pas enlever les annexes et la matrice en même temps, lorsque l'état de la malade nous le permet.

Discussion.

Dr. RECASENS (Madrid): Je suis tout d'accord avec les trois premières conclussions de Mr. Psaltoff, mais la demande qu'il fait sur la quatriéme je crois qu'il doit être répondue par la négative; on n'a pas le droit d'extirper la trompe non plus l'utérus quand la trompe est saine: on ne peut convertir en sterile un femme qu'il est bien posible qui soit mère comme il arrive à un femme que j'ai opéré d'une grossesse extra-utérine que l'année suivante accoucha un enfant à terme parfaitement bien.

Dr. JENARO BENAVIDES (Santiago de Chile): Voy á referir una observación que me es personal y que tiene cabida en el tema que tratamos, y que es muy interesante, porque prueba que es posible un embarazo extrauterino, aun cuando la mujer se encuentre embarazana de algunos meses de embarazo normal.

N. N. entra en mi servicio de Ginecología el Hospital de San Fran-

cisco de Borja de Santiago de Chile, que desempeño hace más ó menos cuatro años, yrefiere que hace veinte días desembarazó. El parto fué prematuro. pues estaba embarazada sólo de siete meses.

Dejó la cama al tercer día después del parto, y obligada por sus quehaceres salió á la calle, donde fué atropellada por un individuo á caballo que la arrojó al suelo. La enferma perdió el conocimiento, sintió grandes dolores al bajo vientre de tal modo, que no se la podía tocar, vómitos, calor, etc.

Creyendo que lo que sentía dependía del intestino, acudió á los dispensorios, tomó purgantes, etc. Agobiada por la enfermedad, acudió al Hospital y entró en mi servicio, donde comprobé la existencia de un hematocele retro-uterino. Sometí la enferma á un tratamiento conveniente, y cuando los síntomas agudos pasaron procedí á operar por la vagina.

Abrí anchamente el fonde de saco posterior, y mientras extraía los coágulos pude comprobar la existencia de un feto dentro de un saco amniótico.

Haciendo presión sobre el vientre y separando los labios de la herida se presentó el saco amniótico de color rosado. Abrí el saco y salió una regular cantidad de líquido color cetrino y un feto de tres meses de color rosado y en el que se conocía que la vida había cesado poco tiempo antes de la operación. Procuré extraer el saco y se produjo una hemorragia formidable que me obligó á taponar con gasa antiséptica. La enferma tuvo una convalecencia difícil; pero dejó el Hospital completamente curada después de dos meses.

Tres años después tuvo esta enferma un embarazo normal y que terminó con toda felicidad.

Dr. M. A. FARGAS (Barcelona): Quiero referirme solo á la primera y cuarta conclusión de la comunicación del Dr. Psaltoff.

Dos enfermas he visto con retención de feto extra-uterino: la primera durante ocho años tuvo los dos primeros sindromes peritoniticos, guardando cama casi siempre; después tuvo de continuo dolores pélvicos. Yo intervine por un nódulo canceroso del cuello y entonces descubrí el litopedion, causa de los dolores. En la segunda, que retuvo el quiste seis meses despues de un falso parto, quedó tolerancia respecto de los dolores, pero presentó síntomas generales de reabsorción muy molestos hasta que extirpé el quiste, presentando el feto señales de disgregación y reabsorción.

Respecto á la cuarta conclusión, entre mis casos operados en los que he hecho muchas veces ginecología conservadora, conservando

los anexos opuestos, dos enfermas han tenido después embarazo normal y ninguua tendencia del embarazo ectópico; por consiguiente tengo la convicción que en muchos casos puede hacerse ginecología conservadora, pues las lesiones existentes desaparecen quitado el embarazo ectópico.

Mr. GUTIERREZ (Santiago, Chili): En mi estadística sobre el embarazo ectópico cuento con un caso que guarda estrecha relación con la comunicación tan interesante de mi distinguido colega el doctor Psaltoff.

Enferma de 30 años, gran multípara, pare un niño de término en Enero de 1899; tres mèses y medio después, sin haber sentido síntomas algunos de embarazo, presenta grandes hemorragias. El examen bimanual revela la existencia de un tumor duro del tamaño de una naranja en el cuerno izquierdo, y á primera vista fácilmente ennucleable. Practicada la operación previa dilatación del cuello, se extirpó con facilidad el tumor, que resultó un quiste fetal momificado. Había existido, pues, en este caso un embarazo gemelar, uno intesticial y el otro uterino.

Mr. PSALTOFF (Smyrna): Je veux répondre à l'honorable professeur Mr. Recasens que je n'ai pas prétendu qu'il fallait enlever toujours l'utérus et l'annexe opposé, mais j'ai voulu attirer l'attention du Congrès sur la fréquence de la récidive de la grossesse extra-utérine, et dans les cas que cette opinion se confirme je suis d'avis qu'il ne faut pas hésiter de sacrifier l'utérus et l'annexe opposé.

A ce qui concerne la manière de voir sur ma première conclusion; je lui répondrais que ma malade pendant trois ans qn'elle portait son fœtus dans son ventre ne souffrait pas. Je connais du reste d'autres observations pareilles à ce point de vue.

DYSTOCIE DU COL.
DETACHEMENT SPONTANE DU SEGMENT VAGINAL DU COL

par Mr. DANIEL DE MATTOS (Coimbra)

J'ai observé le mois passé un cas de dystocie du col trés intéressant et rare. J'apporte ce cas au Congrès dans ses lignes générales avec la présentation du lambeau annulaire du col, comme une petite contribution pour l'histoire des déchirures utérines et de la rigidité du col.

Cette contribution est incomplète, faute de l'analyse histologique, que le très distingué professeur Angelo da Fonseca fait en ce moment.

*
* *

La femme Thérèse X..., âgée de 24 ans, de $1^{m},54$, entre en travail le 16 mars 1903 à 8^{h} du soir.

C'est une secondipare; elle a accouché spontanément une première fois chez elle le 13 février 1897 d'une fille vivante et à terme en présentation du sommet. Bassin normal.

Son promier accouchement a été très long; du commencement à la fin il a duré 9 jours, mais la période d'expulsion n'a été que de 2 heures, Pendant l'expulsion fœtale, légére hemorragie spontanée et post-partum normal. Menstruation régulière. Pas de dysménorrhée.

La paternité dans les deux grossesses de la Thérèse est différente. La première fois le père est un homme de petite taille et faible; pour la seconde le père est un homme de taille élevée, robuste et fort.

Dans la première grossesse elle a travaillé jusqu'à la fin; dans la seconde elle s'est reposée pendant 3 mois avant l'accouchement.

Il y avait dans cette seconde grossesse de l'albuminurie: 1 gramme par litre. Pas d'œdèmes périphériques. Pas de syphilis.

Sa mere a eu 7 enfants vivants et à terme et 2 mort-nés.

*
* *

Le travail, commencé le soir du 16 mars, permet toutefois le sommeil pendant la nuit. Le 17 on fait le diagnostic de la présentation et de la positión par la palpation abdominale. La présentation est du sommet, et la position est O. I. E. A. La femme n'est pas touchée ce jour-là.

Sont état général est bon; la miction est régulière et elle a eu une évacuation intestinale. Pendant la nuit les douleurs se suivent à de longs intervalles, et le matin du 18 elles sont plus fortes et plus fréquentes.

Le 18 au matin les membranes se sont rompues brusquement,

Le premier et seul examen au toucher est pratiqué 5 heures après la rupture de la poche des eaux.

La vulve se présente infiltrée, surtout les grandes lèvres.

Le col, saillant, est dur, épais, œdématié, gros, comme le doigt qui le touche.

Ce gonflement dur est général, sur tout le contour.

La dilatation insignifiante—2 francs.

Les contractions sont régulières, mais modérées. La tête, avec légère bosse séro-sanguine, est engagée; elle s'adapte bien en pressant sur le col, qui s'entr'ouvre très légèrement pendant la contraction. On entend les battements fœtaux.

Quoique la dilatation traîne en longueur, comme c'était la première fois que je touchais cette femme en travail je désirais faire un autre examen pour juger de la marche de la dilatation, et je suis conduit à l'expectation par l'histoire du premier accouchement et par ma propre observation, parce que j'ai vu plusieurs fois lè col très infiltré s'effacer, même dans la primiparité, et également avec œdème de la vulve, et la dilatation faire des progrès; et je n'ai jamais observé un seul cas d'une pareille ou semblable déchirure.

Je conseille simplement qu'on vide la vessie, qui renferme seulement 80 grammes d'urine et qu'on donne des injections vaginales toutes les demi-heures avec de l'eau stérilisée chaude à 44°, sous une pression légère.

Je reviens après trois heures et on me rapporte que les douleurs ont été plus fortes et plus fréquentes, qu'elle a eu une légère hémorragie aussitôt après mon départ et qu'une demi-heure avant mon arrivée, pendant quelques contractions plus fortes et franchement expulsives, suivies d'hémorragie moderée, le lambeau utérin est sorti. Celui-ci pend en dehors de la vulve et du côté gauche encore retenu à la partie supérieure par un pédicule très étroit (le tiers gauche de la partie supérieure et après une nouvelle contraction tombe en dehors au moment où je pense à le couper.

Les contractions suivantes sont rares et faibles; l'hémorragie est discrète, le pouls 100. La tête est descendue dans l'excavation jusqu'au quart inférieur de celle-ci. On m'informe que depuis une heure du méconium sort en assez grande quantité, et au moment de mon observation il sort du liquide amniotique excessivement coloré en vert. On n'entend plus les battements fœtaux, après plusieurs examens stéthoscopiques.

La réduction de la tête s'impose et il faut terminer rapidement l'accouchement pour éviter la compression des tissus maternels et surtout pour épargner la région, siège du traumatisme, menacée de mortification gangréneuse. La femme placée en position obstétricale est affaiblie; le pouls 100, la t mpérature 36,8.

L'utérus a des contractions très faibles. La vessie est vidée, et il y a peu d'urine. Je pratique la craniotomie et la céphalotripsie et je fais l'extraction (en protégeant avec beaucoup de soin le périnée) d'un gros fœtus, qui pèse 3950 grammes, crâne vidé.

La délivrance est aidée par légère expression pendant une faible contraction.

Le placenta et les membranes, qui sont complètes, pèsent 950 grammes. La vulve a à la fourchette une déchirure d'un centimètre et dans la paroi postérieure du vagin une légère éraillure. Je pratique une injection intra-utérine très lente de 2 litres de solution phéniquée à 1,50 pour 100. Je panse à l'iodoforme. Ensuite je fais administrer 2 grammes d'ergotine.

L'hémorragie est insignifiante. Le lambeau annulaire détaché est représenté dans les planches I—face externe, lise—et II—face interne irrégulière et accidentée, par suite de la lacération des faisceaux musculaires. Sur presque tout le contour du col il y a une coloration blanchâtre, des traces du tissu cicatriciel consécutif aux lacérations de l'orifice externe lors du premier accouchement. Dans les planches le lambeau a des dimensions inférieures à celles qu'il avait au moment de l'expulsion, parce que l'immersion dans l'alcool et dans la glycérine phéniquée, substances avides d'eau, lui a enlevé une partie de l'eau de la sérosité infiltrée; et c'est seulement apres cette immersion qu'il a été dessiné pour éviter les altérations de putréfaction qui auraient empêché un régulier examen histologique.

Les contours du lambeau se présentaient, à l'état frais, avec une coloration différente du reste du tissu; ils avaient l'aspect ecchymotique.

Dans la pièce manquent les morceaux qui ont été réservés aux coupes histologiques sans que pour cela la continuité de l'anneau en soit interrompue.

Le 19 mars—1e puerp. Temp. M. 37,2, S. 37,2.

Pouls 106.—Inertie vésicale. Cathétérismes réguliers. Urine légèrement sanguinolente. Pas de douleurs hypogastriques. Le fond de l'utérus est où il etait hier: doigts au-dessous de l'ombilic. L'utérus est très globuleux. L'œdème vulvaire est réduit.

Prescriptions: Diéte lactée: 2gr,50 de benzonaphtol, 0gr,50 de chlorydrate de quinine. Pas d'injections vaginales. Lavage vulvaire à l'eau phénique; iodoforme sur la fourchette.

Le 20 mars—2e puerp. Temp. M. 37,3, S. 37,5.

Pouls 100.—Encore rétention urinaire. Urine encore sanguinolente. Le fond de l'utérus 3 doigts et demi au-dessous de l'ombilic. Pas de douleurs utérines ou dans les fosses iliaques.

La même diéte et thérapeutique.

Le 21 mars—3e puerp. Temp. M. 37,5, S. 37,4.

Pouls 95.—Rétention urinaire. Pas de sang dans l'urine. Pas d'albumine. Le fond de l'utérus au même niveau. Lochies normales.

La même diéte et thérapeutique.

Le 22 mars—4e puerp. Temp. M. 38,3 S. 38,5.

Pouls 110.—Pas de douleurs utérines ni au ventre, spontanées ou à la pression. Pas de frissons. Le fond de l'utérus 3 doigts et demi au-dessous de l'ombilic et transversalement réduit. Lochies légèrement fétides. Engorgement laiteux. Mamelles douloureuses.

Prescriptions: Frictions aux mamelles (la main étant aseptique) avec glycérine, 30 grammes, extrait aqueux de belladone, 0gr,30. Ouate—Compression. Lavement de solution de chlorure de sodium. Irrigations vaginales de solution phéniquée à 1,50 pour 100, très doucement pratiquées. Après le lavement la première évacuation intestinale stercorale et fétide.

Le 23 mars—5e puerp. Temp. M. 37,5, S. 38.

Pouls 100.—Le fond de l'utérus 4 doigts au dessous de l'ombilic Lochies sans odeur fétide. Pas d'engorgement laiteux et pas de douleur aux mamelles.

Lavement de solution de chlorure de sodium. Evacuation intestinale.

Le 24 mars—6e puerp. Temp. M. 37,8, S. 38.

Pouls 104.—Involution utérine plus avancée. Lochies normales. Pesanteur rectale. Pas de rétention urinaire.

Prescription: Seulement 35 grammes d'huile de ricin

Le 25 mars—7e puerp. Temp. M. 38, S. 37,3.

Pouls 100.—Utérus plus réduit; l'involution marche toujours, mais lentement. Lochies normales. Pendant le jour 4 évacuations intestinales; 2 très abondantes.

L'examen bactérioscopique ne décèle pas de streptococcus dans les lochies.

Le 26 Mars.—8e puerp.—Temp. M. 37, S. 37,2.

Poul 90.—L'utérus plus abaissé.

A partir de ce jour la température se maintient normale, le pouls diminue de fréquence, bon état général, lochies normales.

Le 5 Avril.—18e puerp. Temp. M. 38,4.

Cette élévation thermique a été attribuée à la constipation relative de 4 jours.

Le 6 Avril.—Administration d'huile de ricin.

Depuis ce jour-là température a toujours été normale.

Ce cas clinique me conduit aux réfexions suivantes:

I. D'abord il convient d'établir les conditions pathogéniques de la dystocie, qui pouvait être si grave pour la mère et qui a déterminé la mort de l'enfant.

Le col de cette secondipare, qui a eu 9 jours de travail au premier accouchement, n'a pas eu de rigidité spasmodique. Alors la rigidité a-t-elle été anatomique ou pathologique? Nous ne connaisons pas exactement ce qu'on désigne par rigidité anatomique du col. On n'a pas encore trouvé une texture anatomique déterminée pour la caractériser. Parfois il me semble que ce qu'on appelle rigidité anatomique est l'équivalent d'un col, qui a seulement une musculature plus forte et plus renforcée, supérieure à la normale, de même que tous les muscles constricteurs vaginaux ne sont pas également puissants et pour cela inégalement résistants. Quoique le parèllele manque d'exactitude physiologique, cependant j'ai parfois rencontré dans la primiparité l'association des deux faits. Le col de cette femme n'était pas un col atrésique; elle n'était pas dysménorrhéique; elle n'avait pas non plus un col hypertrophique allongé.

Peut-être pourrait-on l'appeler un col hypertrophique circulaire. Si l'on doit, selon les idées modernes, faire des réserves sur l'existence de la rigidité anatomique, telle qu'elle a été considérée et rencontrer dans ces cas des conditions mécaniques ou autres qui ne dépendent pas du col et confondre sous la même rubrique la rigidité anatomique et la rigidté œdémateuse, toutefois il faut chercher dans ce cas la cause de l'œdème. La bordure cicatricielle du premier accouchement est dans ce cas insuffisante, à mon sens, pour admettre ici comme dominante la rigidité pathologique. Mais si l'œdèmie pendant le travail a été la condition principale, comment a-t-il débuté? L'œdème existait aussi à la vulve quelques heures avant le premier examen. L'association des deux œdèmes doit signifier l'excès de la tension veineuse intra-pelvienne. L'œdème a été la condition principale qui a coopéré à la lacération, car le col tout infiltré se rapproche, dans ces conditions physiques, du carton épais qui imprégné d'eau se déchire facilement.

Pour expliquer l'œdème, sans retrécissement du bassin, qui est normal, ou sans présentation vicieuse, on doit incriminer probablement l'excessif volume de la région présentée et aussi la rupture précoce de la poche des eaux.

II. Les injections d'eau chaude à 44°, que j'ai prescrites, au lieu de faciliter la dilatation ont-elles été nuisibles? Ce moyen est classique dans toutes les variétés de la rigidité du col; mais, en réfléchissant sur ce cas, dans lequel on voit les contractions croître rapidement en énergie, non pour dilater, mais pour expulser ce col indilaté et indilatable, qui se déchire, j'avoue que la pratique des injections d'eau chaude en baignant ce col profondément infiltré m'inspire une

certaine appréhension. Nous connaissons les effets vaso-constricteurs de l'eau chaude — 40 à 50 degrès; mais sur des tissus œdématiés,—et persistant le cause principale de l'œdème—je crois que l'action de la chaleur pourra être différente. Et sans m'arrêter à des considérations physiologiques sur cette différence il me semble fort vraisemblable que la chaleur puisse rendre plus difficile la réabsorption de la sérosité épanchée. Dans la fausse rigidité du col, dérivée de l'inertie utérine, ce moyen sera utile. Dans certaines variétés de la vraie rigidité peut-être sera-t-il inutile ou même nuisible.

III. N'aurait-il pas été possible aussitôt après le premier examen, ou un peu plus tard, de faire accoucher cette femme en évitant la déchirure du col et même en sauvant le fœtus par une application du forceps? Et ne pouvait-on même sauver l'enfant par l'opération césarienne? Quand je reviens après avoir prescrit des injections chaudes je pense aux différentes solutions, et je m'en suis arrêté au premier examen non seulement par la lenteur du premier accouchement, mais aussi parce que 6 ans s'étaient écoulés depuis cet accouchement.

Je me disposais, en revenant, à dilater et je me demandais le meilleur moyen à employer.

La dilatation digitale progressive ou manuelle n'aurait pas été possible. Les ballons ne pouvaient étre appliqués à cause du manque de place car la tête était engagée et pressait sur le col. L'écarteur métallique de Tarnier malgré ce col si épais et œdémateux serait le procédé le plus raisonnable, mais il faudrait beaucoup de temps pour obtenir quelque résultat et dans ce cas il agirait en déchirant.

Restaient les incisions. Ce procédé, soit par de petites incisions multiples,—que j'ai déjà employé avec succès dans certains cas différents de celui-ci,—étant donnée la grande épaisseur du col,—échouerait. Le precédé des incisions profondes à droite et à gauche jusqu'aux culs-de-sac vaginaux serait un moyen souverain; mais dans les conditions de cette femme peut-être serait-il un agent très dangereux. Même quelques uns des partisans de ces incisions ont écrit—«il faut que le col soit mince, qu'il ne soit pas ou soit peu œdématié», et encore «quand le col n'est pas aminci l'incision ne peut avoir aucun résultat avantageux et, bien plus, elle peut offrir de graves inconvénients. C'est alors surtout que l'hémorragie pourrait être à redouter et même l'incision, portant ainsi sur une surface étendue, pourrait devenir le point de départ d'une déchirure peut-être mortelle».

En conclusion: une dilatation, suffisante pour le forceps et sans inconvénients graves, serait incertaine par un des ces procédés. Ce col qui résiste pour se dilater à des contractions régulières et énergiques

vraisemblablement n'obéira pas sans dommage à des écarteurs métalliques ou aux incisions par un des deux procédés généralement suivis. Supposant réalisée une dilatation suffisante et le forceps bien appliqué, la calotte utérine aurait pu se détacher. La déchirure était déjà peut-être en préparation. L'hémorragie commence aussitôt après mon départ, et le forceps aurait été incriminé si le détachement l'accompagnait et les déchirures surtout auraient été plus étendues.

Il y avait toutefois un moyen très avantageux pour la mère et l'enfant s'il eut été employé en temps utile. La difficulté est dans ces cas de déterminer l'opportunité de l'intervention.

Le moyen était l'opération césarienne conservatrice.

L'opération césarienne serait la plus efficace intervention pour le moment. Les résultats de plus en plus nombreux et favorables de cette opération la recommandent.

Serait-ce de trop pour le col rigide? Mais il faut remarquer que je la considère indlquée dans des cas très graves de rigidité du col, et on l'a du reste déjà pratiquée avec succés dans ces cas.

L'utérus, qni ampute son propre col non dilaté en forçant la porte et qui ne se déchire pas au segment inférieur, doit supporter avec de grandes probabilités de succès la section césarienne conservatrice.

Mais comment faire le diagnostic d'une si rebelle résistance et de la probabilité d'une déchirure comme celle-ci chez une femme secondipare, dont le premier accouchement malgré sa lentour a éte spontané?

IV. Dans les suites des couches on voit qu'il y a eu de la fièvre, trés légère, pendant les premiers jours et qui monte à 38°,3 le 4e jour de la puerpéralité et se maintient pendant trois jours encore jusqu'au maximum de 38°. Si on a suivi la marche des symptômes exposés on verra que quatre diagnostics surtout étaient possibles pour expliquer l'évévation thermique à 38,3:

a) Engorgement laiteux=fièvre de rétention.
b) Congestion vésicale et rétention urinaire.
c) Septicémie au début—localisée ou générale.
d) Stercorémie fébrile.

Je m'en suis tenu par mon observation à ce dernier diagnostic. L'engorgement laiteux a été léger et a disparu rapidement quoique la fièvre continuât. Quant à la congestion vésicale l'urine de jour en jour devient normale. La septicémie, malgré l'odeur fétide des lochies le 6e jour,—détritus d'élimination de la grande et irrégulière plaie disparait après l'irrigation vaginale et les lochies deviennent normales; mais j'é imine la septicémie parce ce que la femme n'a pas eu de fris-

sons et parce que l'utérus,—qui du reste a une involution plus lente qu'en dehors d'un tel traumatisme,—avance progressivement dans sa régression les jours où la fièvre monte, et n'est pas douloureux du tout, spontanément ou à la pression.

L'examen bactérioscopique n'a décelé dans les lochies aucun streptococcus.

Reste le diagnostic de stercorémie; et la fièvre en effet descend à la normale quand la thérapeutique vise principalement ce diagnostic. La thérapeutique dans ce sens faite par des lavements et du benzonaphtol a été prolongée jusqu'au 7e jour de l'état puerpéral dans l'intérët de l'immobilisation de l'utérus, de ses annexes et deouts les tissus voisins. Pour confirmer, si le doute pouvait subsister encore, l'interpétration de la fièvre par l'auto-intoxication intestinale, en voit la fièvre recommencer le 5 avril, le 18e jour, après 4 jours de constipation relative et elle céde à l'administration d'une nouvelle dose d'huile de ricin.

V. L'état actuel du moignon utérin est tel qu'on devait s'y attendre. Le vagin n'a pas de culs-de-sac. Son fond infundibiliforme termine dans un orifice presque circulaire du diamètre d'une pièce de cinquante centimes.

Seulement la paroi antérieure du vagin montre encore nne ulcération triangulaire, dont la base regarde l'orifice utérin et qui s'étend jusqu'à celui-ci.

C'est certainement la partie correspondant à une région du segment supérieur du lambeau annulaire, qui a été déchiré plus profondément.

Cette ulcération je l'ai observée la première fois le 21e jour d'état puerpéral.

Elle était bien granulée et rose; mais dans un segment du triangle la granulation était excessive. J'ai fait une cautérisation au nitrate d'argent, suivie d'attouchement avec de l'ouate imprégnée desolution de chlorure de sodium et je saupoudre avec un peu d'iodoforme.

Trois jours après je la revois et je la retouche; elle est très reduite et égale.

Au point de vue obstétrical de cet utérus, s'il est certain qu'on connait des cas d'amputation méthodique du col suivis de grossesses à terme et d'accouchement spontané, toutefois dans le cas actuel, après une déchirure si étendue et si irrêgulière je ne ferai pas de prognostic.

L'ATTITUDE ET LA DEAMBULATION CHEZ LES FEMMES ENCEINTES

por el Dr. P. NUBIOLA (Barcelona).

La grossesse modifie la station et la déambulation des femmes dans tous ses periodes, et surtout dans les derniers mois.

Les modifications établies dans la station des femmes enceintes (prenant pour type la femme à neuf mois) suivent généralment deux types; nous pouvons comparer le plus répandu à l'extension forcée pathologique, et le second ressemble un peu au type de flexion.

Dans toutes les observations réunies l'angle Oreille-Epaule Trochanter diminue en amplitude.

Dans la plupart des cas se trouve amoindri l'angle Epaule-Trochanter-Genou; en d'autres au contraire cet angle apparait plus ouvert.

Quant l'angle Epaule-Trochanter-Genou est amoindri le Trochanter-Genou-Talon diminue aussi pour compenser la station. Dans le second cas quand l'angle Epaule-Trochanter-Genou s'accroit le Trochanter-Genou-Talon s'ouvre également, toujours en vue de la compensation.

La déambulation des femmes enceintes est plus saccadée et ordinairement rappelle la marche des palmipédes.

Le pas est bien plus court.

La base de sustentation est amplifiée de quelques centimètres.

La somme des angles des pieds peut être bien plus considérable; et il est toujouts augmenté. Dans la plupart des cas l'angle formé par le pied droit est considérablement superieur à celui formé par le pied gauche.

Je n'ai pas réussi à établir modifications de la marche qui dependent de la position du fœtus, et je crois encore que les modifications tiennent à l'inégalité des segments utérins, c'est à dire au plus gros volume qu'ordinairement a le segment droit, et à la dislocation et rotation subies par l'utérus.

BREVES NOTAS SOBRE LAS CARDIOPATIAS EN LA GESTACION

por Doña CONCEPCION ALEIXANDRE (Madrid).

Sabiendo que he de ser breve, me ceñiré al punto concreto que deseo tratar, aunque su misma índole se presta á extensas consideraciones, en las que no entraré para atenerme al tiempo prefijado en estos casos.

Así, pues, mencionaré primero muy sucintamente algunas de las modificaciones que el corazón y la sangre experimentan durante el embarazo normal, sirviendo esto de base y punto de partida para el más fácil razonamiento de su patología.

Sobre los cambios del corazón en la preñez fisiológica podría hablarse mucho; pero quizás quedaríamos luego con las mismas dudas sobre si las modificaciones que se le atribuyen por algunos, ocurren fatalmente siempre ó sólo por circunstancias especiales patológicas del mismo órgano ó más bien venales, etc.

Desde 1828, en que Larcher indicó la hipertrofia del ventrículo izquierdo en la gestación, ha reinado el sucesivo desacuerdo entre los distintos sabios de todos los países, pues mientras Ducrest, Bizot, Blot, Ollivier, Constantino Paul, Mybrerg, Macdonald y otros la han atribuído como indudable, Gerhaclt, Letulle, Vejas, Porak, Vinay, Demerlin, Lohlein, etc., lo niegan como tal fenómeno fisiológico, y afirman que un corazón sano tiene energías disponibles que le permiten compensar el ligero exceso de trabajo, sin que sus cavidades se dilaten ni que su masa se aumente. Opino que ello se debe á la alteración venal, más ó menos pronunciada, según el grado de la compresión, que en toda preñez se traduce por catarro de la vía en razón directa de la altura del embarazo.

Y algo análogo sucede respecto á las modificaciones sufridas por la sangre, porque tras de la idea de los antiguos aceptando su mayor riqueza de materiales nutritivos (de ahí su afán de las sangrías repetidas en aquella época), han aparecido luego distintas tendencias. Las investigaciones de Andral y Gavrret reforzadsa por las de Becquerel, Roalier y Regnauld, vinieron á demostrar todo lo contrario de la época precedente, y luego, tras de infinidad de análisis y trabajos de verdadero mérito, que ahora sería prolijo enumerar y ocioso por lo conocidos, han ido sucediéndose diversas opiniones, que se ma-

nifestan actualmente por dos tendencias principales. Una sostenida por Carean, Scanzoni, Nasse, Ingersleurs, Mayer y otros, que afirman el empobrecimiento de la sangre en el embarazo, otra apoyada por Spiegelberg, Gscheidlen, Colmstein, Maurel, Fehling, Reind, Winckmann, Rich, Schröder, Dubuer, etc., que no aceptan aquella modificación hemática dependiente do la preñez, que cuando existe depende de mil causas á que la gravidez da lugar, sea por fenómenos gástricos, nerviosos, etc., ó en realidad por falta de alimentación suficiente en la gestante, como en muchos casos se ha podido comprobar. A mi juicio, en la generalidad de las mujeres hay disminución del hierro hemático, tanto por los fenómenos dichos, cuanto por la necesidad de almacenar dicho metal en el hijo, pues l lactancia no lo proporciona, idea de acuerdo con otras de Bunge respecto de la clorosis.

Y pasemos al terreno de la patología. Tratando ya del corazón enfermo en la embarazada ¿qué juicio sintético nos dan nuestro estudio y nuestra diaría práctica respecto á sus alcances? ¿Qué orden intelectual ha de dominar en nuestras observaciones é indicaciones cotidianas? Harto difícil es el problema y aquí como en lo otro las opiniones están divididas.

No consiste solo nuestra misión en acudir al llamamiento de la enferma y levantar sus energías cardiacas, si están perezosas, ó en propinar un diurético si sus tejidos aparecen edematosos. Nuestro objeto ostensible é inmediato podrá ser ese; pero el fin es otro de mayores alcances, que sintetiza y abraza todos estos. aunque estos á su vez contribuyeron á formar aquel.

Nuestro juicio, al acudir al lecho de estas enfermas, ha de estar esbozado; sin acabar, pero empezado ya con reconocimientos razonados, con el sereno estudio previo, si es posible, de la cardiopatia y tendencias que ciertas lesiones coraliaces manifiestan en el embarazo. No es esto caer del lado de los pesimistas como Peter, Durozier, Bertlnot, Marty, Spielgerberg, Macdonald y otros, para quienes es casi siempre de graves consecuencias el influjo de la gestación sobre las enfermedades cardiacas preexistentes; no es esto porque más bien se siente la influencia de los optimismos de Jaccoud y los suyos, demostrando con ejemplos de gran valor que la presencia de una lesión de los orificios es compatible con la marcha de la preñez, y el profesor Wessner particularmente anotando los 93 partos acaecidos en veinticinco mujeres enfermas del corazón, en las que fueron relativamente frecuentes las preñeces normales, y análogas observaciones hace Vinay. Yo, por mi parte, algún ejemplo puedo citar en tal sen-

tido y cuyos diagnósticos pude ver confirmados con su gran autoridad, por el notable especialista Dr. Mariani. Entiendo, pues, que la cardiopatia no perjudica generalmente el curso del embarazo, á menos de estar aquella muy avanzada; pero ¿y la inversa? No he visto tomar alas á este procedimiento, como suele ocurrir tan frecuentemente con la tisis confirmada.

En estos casos, aparte de todos los conocimientos que á la patología del corazón se refieren, tendremos presente el aumento de trabajo que pesa sobre esta víscera, cuya labor no encuentra enteras sus energías y lo que permaneció latente en aquél mùsculo mientras no se le pedía lo que no podía dar, es fácil que estalle en tan críticos momentos. Tal ocurre en los periodos finales, cuando se inicia más ó menos hiposistolia con degeneración concomitante.

Pero conste, y esto interesa dejarlo sentado, que no aceptamos que la preñez por sí misma sea capaz de determinar lesión, si acaece, por enfermedades accidentales é intercurrentes ha de ser. Hasta la hipertrofia como tal hipertrofia verdadera, es decir, el aumento de la masa del corazón, será un fenómeno patológico hijo de anormalidades preexistentes del órgano, ó bien de la presencia de algunas nefritis, causantes generalmente de la hipertensión arterial originaria de ciertos trastornos.

Al encontrarnos ante una embarazada cardiopática, dos puntos capitalísimos son los primeros que hemos de averiguar: naturaleza y sitio de la lesión, y grado en que se encuentra esta, pues muy distinta será su importancia si se trata por ejemplo de una estrechez mitral pura compensada ó de una degeneración del miocardio, ó de una pericarditis reumática pasajera.

Si la lesión reside en el pericardio, en el miocardio ó en el endocardio, variará la influencia que el embarazo tenga en tales lesiones: menor será en la primera que en la segunda y tercera, pues el miocardio por un lado es el principal sometido á un trabajo más considerable á causa del aumento de las resistencias por el agregado de una circulación suplementaria, y la dificultad mayor que la circulación general experimenta por la menor amplitud del tórax y por la compresión de las gruesas venas abdominales y de los riñones. Y por otra parte el endocardio recibe también aquélla influencia directamente, porque si algunas de sus válvulas ú orificios están alterados sin suficiente compensación, representa serio contratiempo en tales momentos.

Pero si la compensación falta, sea por lesión valvular ó del propio músculo, aparecen los accidentes llamados gravido-cardiacos, que son

los característicos de la asistolia, ocupando el primer lugar los accidentes pulmonares, sobre todo en las lesiones mitrales, que son, como es sabido, las más frecuentes.

En su forma más atenuada se manifiestan estos accidentes por algo de ahogo en las subidas ó al hacer un esfuerzo, palpitaciones, predisposición á alteraciones bronquiales, y el edema de los miembros inferiores que aparece antes que el peso del útero pueda ser su causa. También á veces suelen persistir las reglas y presentarse el parto anticipado. Y, naturalmente, estos trastornos se exageran en los grados más avanzados. La dispnea, la sofocación, edema del pulmón y hasta hemoptisis en ocasiones. Percíbense estertores pulmonares y las palpitaciones son ya violentas y penosas que hasta impiden el sueño. El pulso generalmente irregular y pequeño, á veces frecuente; el corazón aumentado de volumen, sobre todo hacia la aurícula izquierda y el chasquido diastólico de la arteria pulmonar debilitado.

Se alteran el hígado, el bazo y tubo gastro-intestinal; la orina se hace albuminosa á consecuencia de la congestion do los riñones. Y ya en estos grados más avanzados sobrevienen formidables complicaciones (embolias, brotes recientes de endocarditis, etc.) que anticipan la muerte de la enferma.

Un dato conviene exponer que Merklen ha tenido buen cuidado de consignar, que estos síntomas gravido-cardiácos han mejorado en ocasiones al morir el feto, observación como se comprende, de verdadero interés para la terapeútica.

De todo lo que precede, aunque tan desaliñadamente expuesto, se desprende una división que aclara y avalora mejor nuestros juicios para el pronóstico y tratamiento.

1er grupo. Que es mucho más frecuente de lo que hasta ahora se ha creído: afecciones cardiacas que permanecen latentes en la gestación.—Remedios higiénicos.

2.° Débiles alteraciones del corazón presentadas por primera vez en el embarazo, de pronóstico benigno, porque sus molestias pueden atenuarse por el reposo y tratamiento médico.

3.° De los casos avanzados, cuya compensación puede lograrse lo suficiente para que el embarazo llegue á término, y cuyos medios terapéuticos son más enérgicos queen el anterior, entre ellos la sangría y el lecho constante.

4.° Los más graves en que los fenómenos grávido-cardiacos se manifiestan en su mayor intensidad con sus fatales accidentes. Aquí, aparte de la extrema terapéutica que se adopte, se echa mano del tratamiento obstétrico en la forma que las circunstancias aconsejan, pues

no siempre la provocación del aborto, y aún peor la del parto prematuro en trances extremos, como suele hacerse, da los resultados que buscamos. Pero no debo entrar en esta importante materia.

Y para terminar, dos palabras respecto á la cautela que hemos de tener al pronosticar en tales casos, pues casos se citan y ocurren cada día en que, tras de un diagnóstico bien hecho, y ante la presencia de graves accidentes, se hicieron pronósticos equivocados, que lastiman el buen nombre, dando por grave ó leve lo que resultó al revés. ¿De qué puede depender principalmente esto? Desde luego, y en primer lugar, del estado del miocardio, pues aunque la lesión valvular sea leve, si el músculo no responde, gravísimo y pronto es su fin. Y además, pueden influir para tales errores el que la hipertrofia sea consecuencia de una arterio-esclerosis (caso poco frecuente, á menos de hábitos alcohólicos), ó por la existencia también de una nefritis intersticial. Esto, naturalmente, aparte de otras de distinto orden, como, por ejemplo, el estado general orgánico y las energías de la gestante; problema éste muy difícil de determinar, puesto que, organismos que en ocasiones se dan por aniquilados del todo, los vemos luchar con el mal y los sufrimientos con resistencia incomparable, y hasta volver á la vida un sér que se dió por muerto.

En obsequio á la brevedad no he creído oportuno aportar varias de las curiosas observaciones de preñadas cardiopáticas de mi clientela, que me surgieron las ideas expuestas. Podrán éstas no ser de la más alta novedad para los distinguidos especialistas que figuran en esta Sección del Congreso; pero es indudable que alguna tienen, ó por lo menos, que nunca huelga llamar la atención hacia esas tristes situaciones de la vida de algunas familias, que cifrando ilusiones en el alumbramiento, en vez de lograr un hijo pueden perder una madre.

De lo expuesto deduzco las siguientes

CONCLUSIONES

1.ª Dado que la mujer no sea cardiaca, las pequeñas modificaciones que frecuentemente ocurren durante el embarazo por parte del centro circulatorio, parecen originadas por efecto de la compresión renal; esto aparte de las manifestaciones á que puede dar lugar la cloro-anemia cuando existe muy profunda.

2.ª Casi todas las gestantes ofrecen más ó menos pobre su sangre, tanto por vómitos, etc., cuanto más bien porque necesitan acumular hierro en el engendro para que pueda aumentar la masa sanguínea durante la lactancia; pues es sabido que el niño crece y aumenta las

necesidades ferruginosas de su sangre y que la leche no contiene dicho metal.

3.ª Cuando una cardiopática se hace embarazada, prosigue comunmente la gestación su curso normal, si las lesiones no están muy adelantadas y existe la necesaria compensación.

4.ª Si las lesiones están avanzadas, sobre todo las miocardiacas, todos los riesgos son de temer por parte de la madre y de la viabilidad del engendro, apareciendo los accidentes gravido-cardiacos. Luego es forzoso en todo caso, formular un diagnóstico lo más prematuramente posible, como segura base de nuestras instrucciones.

5.ª Hay que ser muy cautos en exponer el pronóstico en tales casos, pues aunque en general no sea muy halagüeño, ocurren equivocaciones fáciles cuando no se tienen presentes muy diversas circunstancias (resistencia individual, nefropatías, etc.

Y 6.ª En las cardiopatías que permanecen latentes, solo se utilizarán los recursos comunes de la buena higiene. En las débiles los tónicos apropiados y evitarles todo género de fatigas. En las que reclaman auxilio para que la compensación se logre, medicación *ad hoc*, digital, cafeína, esparteína, estrofanto, ioduros, etc.; hasta la sangría, reposo absoluto y dieta láctea; y en las más graves, además de los remedios citados, los obstétricos: la provocación del parto y aun del aborto, si el caso lo exige. Por supuesto, que nuestro punto de vista ha de ser siempre conservar la vida de ambos séres; pero si ambos peligran hay que salvar la que se pueda dando preferencia á la de la madre, y si esta muere viviendo el hijo, salvémosle, si es posible, por los medios que la ciencia reserva para tales casos.

Discussion.

Dr. NUBIOLA (Barcelona): Je crois que certaines, dites, cardiopathies dépendent de l'acetonémie, de l'auto-intoxication gravidique, je n'ai pas de nombreuses observations encore à ce sujet parce que c'est une étude que je viens de commencer.

Je félicite de tout cœur. Mme. Aleixandre pour le magnifique travail qu'elle vient de nous lire, si complet et si stylé.

NUEVO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO APLICADO AL TRATAMIENTO DE LAS RETRODESVIACIONES UTERINAS

por los Dres. ENRIQUE LOPEZ y VICENTE NAVARRO (Valencia)

Constituye en Cirugía una fórmula general, la reducción de todo órgano luxado y la fijeza del mismo en la nueva posición terapéutica. Esta fórmula alcanza también á los órganos esplácnicos, aunque los procedimientos de reducción y de fijación presentan alguna dificultad técnica.

La ineficacia de los métodos no cruentos aplicados al tratamiento de las retroversiones uterinas y la imposibilidad en otros casos de su aplicación, ha obligado á los ginecólogos de la época contemporánea á buscar los medios directos de reducción empleando procedimientos cruentos para mantener reducido el órgano luxado, evitando de este modo la recidiva.

No hay más que hojear una obra de Ginecología en la parte referente al tratamiento de las desviaciones uterinas para convencernos de la poca seguridad terapéutica con que hoy cuenta la cirugía. No ha habido ginecólogo entusiasta que no haya añadido algo en dicha terapéutica. Los procedimientos empleados son numerosos y todos ellos adolecen de algún defecto, relacionados unas veces con las dificultades técnicas, producto otras de antagonismos con la anatomía normal que ha de servir de guía en nuestras intervenciones, ó todavía peor colocando los órganos luxados en condiciones dinámicas desastrosas. Por todos conceptos, las operaciones encaminadas á dicho objeto se han multiplicado exageradamente, evidenciando, no la riqueza terapéutica en armonía con el número y variedades de métodos cruentos, pero sí la ineficacia relativa de todas ellas.

No pretendemos hacer la crítica de todos los procedimientos empleados, pero sí marcar á grandes rasgos los graves inconvenientes que algunos presentan, cuyas circunstancias hemos tenido en cuenta al poner en práctica el empleado en nuestra Escuela de Medicina.

Los dos grandes grupos de operaciones aplicados al tratamiento de las retrodesviaciones uterinas deben estar separados simplemente por el carácter de herida penetrante ó no penetrante de vientre; es decir operaciones intraperitoneales y operaciones extraperitoneales, carácter en que se apoya la clasificación, más fundamental que eligen la ge-

neralidad de los autores admitiendo procedimientos de fijación directa y de fijación indirecta.

Entre los procedimientos de fijación indirecta se incluyen en la clasificación antigua todos los que pretenden acortar los ligamentos penetrando en la gran cavidad serosa ó limitándose á las paredes del vientre, y sabido está que el acortamiento inguinal de los ligamentos redondos no puede compararse en manera alguna á los múltiples peritoneales por la índole de la intervención y la importancia operatoria.

El procedimiento de Alquié (Alexander Adams) sufrió las oscilaciones de la época presentando siempre como estigma invencible la relativa inocencia del acto operatorio, y este carácter, tal vez el único, sea el motivo de su vida floreciente. Pero aparte de que sólo es aplicable á los contados casos de retroversión libre de adherencias, esta inocuidad relativa la presentan tombién las modernas intervenciones abdominales y no nos vemos precisados á sujetar el ligamento por la parte más delgada en el punto donde se diseminan sus hacecillos y en el punto donde ordinariamente existen las atrofias y degeneraciones. Hemos practicado la operación de Alexander y hemos tropezado con dificultades técnicas en aquellos conductos inguinales que sólo contienen fibrillas diseminadas, exigiendo la abertura amplia de dicho conducto para hacer presa del ligamento; la operación resulta muchas veces laboriosa y, lo que es peor, la recidiva no es rara puesto que se acorta el ligamento en su porción más extrema y delgada y no tarda en ceder á las instancias de la tracción continua.

Los procedimientos de fijación directa quedaron ya juzgados en un artículo publicado por nosotros donde decíamos que la histeropexia abdominal puede ser causa de anteflexión uterina cuando la adhesión se establece en la parte alta, y añadíamos que la superficie uterina pegada á la pared abdominal anterior ocupa, como es natural, un plano frontal, y parecía lógico suponer que las dos superficies se mantendrían en contacto aprovechando la organización cada vez más completa de los exudados peritoneales; pero no sucede así, por desgracia, aun empleando los modernos procedimientos de láparo-histeropexia, y los efectos lejanos al año ó á los dos años, demuestran palmariamente que las superficies se separan, que la matriz desciende y que el tejido de nueva formación se estira y adelgaza, apareciendo como un ligamento que une el fondo del útero á la parte profunda de la cicatriz abdominal. Dicho ligamento ocupa un plano sagital epuesto al que primitivamente hemos descrito, y por una parte el peso de la vísceras y los esfuerzos y por otra lo tracción ejercida por la matriz, limitada la resistencia á una línea longitudinal, fácilmente se dis-

tiende de arriba á bajo, encontrándose, como último vestigío, un filamento adhesivo, tanto más largo y delgado cuanto más tiempo haya transcurrido.

Además de estas consideraciones fundadas en los hechos prácticos, es necesario tener presente que la irritación producida por la peritonitis plástica alcanza muchas veces al parénquima uterino, determinando procesos tróficos vásculonerviosos, que colocan la matriz en condiciones análogas á la del tipo infantil ó al de la hipertrofia artrítica; la vejiga empuja hacia la matriz provocando la incurvación anterior con distensión de la porción supraginal. A pesar de tales transtornos, admitíamos la histeropexia abdominal como operación de resultados ortopédicos y obstétricos más aceptables que con los demás procedimientos hasta entonces empleados.

Las vaginofijaciones de Sänger, Dührssen, Mackenrod, Le Dentu, etc., presentan dificultades técnicas, pareciéndonos poco científico el intentar curar una desviación posterior cambiándola en anterior, y si estas consideraciones no fueran suficientes para sombrear el procedimiento, recordaríamos la multitud de accidentes obstétricos acaecidos y acabaríamos por condenarlo.

La operación intraperitoneal se impone en los casos fáciles, en matrices completamente libres, porque es operación benigna, fácil y segura, y en los casos difíciles con adherencias más ó menos fuertes y extensas, porque no hay otra que pueda resolver el conflicto.

El acortamiento de los ligamentos anchos de Polk é Imlach no ha dado resultado, pues se necesita una fuerza tractora que obre más directamente sobre la cara anterior, y el efecto obtenido con estos procedimientos queda limitado á las partes laterales. El acortamiento de los ligamentos úterosacros de Kely es también insuficiente para sostener la matriz inclinada hacia delante, siendo las tentativas operatorias sobre los ligamentos redondos las que han producido mejores resultados. Wylie plegando el ligamento en su parte externa y Dudley en la parte interna, suturándolo luego en la cara anterior de la matriz, no consiguieron reponer definitivamente la matriz en su posición normal, y últimamente, Doleris y Richelot practicaron el acortamiento dando estabilidad al útero, incluyendo ambos ligamentos en la herida anterior de las paredes del vientre.

Practicado este último procedimiento en nuestra clínica, y viendo el pequeño hueco triangular que queda entre la matriz, los ligamentos y la pared del abdomen, pequeño espacio que puede ser origen de hernias internas sujetas á complicaciones graves, y teniendo entonces presente que la anatomía normal nos enseña otra suspensión más in-

ofensiva, tuvimos la idea de acortar los ligamentos redondos por inclusión parietal lateral, y de esta manera quedaron obviados los inconvenientes de las hernias y la matriz en situación perfectamente fisiológica. La operación se reduce á lo siguiente: laparotomía media, desprendimiento de la matriz si existen adherencias; una vez libre se la sujeta con unas pinzas de garfio en su posición normal y se practican dos pequeñas incisiones por debajo de la piel y sobre el borde externo de los músculos rectos penetrando hasta la serosa inclusive; se introduce una pinza de fijar por estas pequeñas incisiones y se arrastra el ligamento en su porción más interna hasta por fuera de los músculos; se pasa una sonda acanalada por el meso peritoneal y se sujetan de este modo momentáneamente, se retira la pinza de la matriz, se sutura con catgut el peritoneo primero y luego las túnicas fibromusculares en la línea de la incisión media, y antes de unir la piel se coloca un punto de seda sobre cada ligamento que comprenda el músculo y todo el espesor del ligamento redondo, se retiran las dos sondas acanaladas y se une la piel con crin de Florencia.

Los resultados no han podido ser más satisfactorios; practicada la operación en siete enfermas, la primera en 22 de Octubre último y la última en 4 de Marzo, todas han sido dadas de alta completamente curadas y en la actualidad se mantiene perfectamente reducida la matriz, sin ocasionar trastorno alguno.

La operación es de técnica sencilla, expone menos que una laparotomía exploradora á la infección cuando no hay adherencias, y se imita perfectamente á la naturaleza, reponiendo á la matriz en su posición normal, puesto que el punto de inserción externo de los ligamentos redondos ha cambiado muy poco. Falta conocer los resultados definitivos, siendo demasiado pronto para adelantar nuestro criterio que, fundado siempre en casos prácticos, esperamos poderlo dar más adelante.

Conclusiones

1.ª El procedimiento extra-peritoneal de Alexander es ineficaz en la mayoría de los casos, pues se obtiene el acortamienio solamente en la mitad externa, donde el ligamento es delgado y donde comienzan las atrofias y degeneraciones.

2.ª Los procedimientos intraperitoneales son los preferibles, porque se aplican á todos los casos, siendo benignos en los casos de matriz libre y los únicos posibles cuando hay adherencias.

3.ª El acortamiento intraperitoneal de los ligamentos redondos se

verifica sobre la porción resistente de los mismos, sobre el órgano grueso, fuerte y cilíndrico.

4.ª El procedimiento de Doleris-Richelot, análogo al que presentamos, deja un infundibulum en la parte media que puede dar origen á accidentes herniarios.

5.ª El procedimiento de inclusión perieto-lateral, deja la matriz, estática y dinámicamente, en condiciones las más próximas á las normales.

Discussion.

Dr. GUTIERREZ (Santiago, Chile): Yo aplaudo la comunicación presentada, pero en un solo punto no estoy de acuerdo con el distinguido ponente.

He practicado ocho veces la operación de Alexander y nunca he tropezado con dificultades para encontrar los ligamentos. En las intervenciones por retrodesviaciones fijas, creo que el acertamiento intraperitoneal de los los ligamentos, sea cualquiera el procedimiento adoptado (de Doleris, de Richelot, últimamente presentado), es la operación de elección. Empero en aquellas retrodesviaciones movibles en mi humilde opinión, considero que la operación de Alquié, Alexander, Adams, combinada con el raspado uterino, y en algunos casos con las colporrafías anterior y posterior, produce excelentes resultados y tiene sobre la intervención intraperitoneal estas dos ventajas.

1.ª Inocuidad de la operación.

2.ª Toda laparotomía puede ser el origen de una eventración, sea cualquiera el procedimiento de sutura abdominal adoptado.

Dr. GUTIERREZ (Madrid): Los procedimientos de fijación del útero en las retrodesviaciones libres tienen el grave inconveniente de dar ocasión á largos pedículos por distensión de las adherencias y á oclusiones intestinales por cabalgamiento de las asas del iléon sobre dichos pedículos. La histeropexia abdominal tiene este peligro. El acortamiento de los ligamentos redondos por el procedimiento de Alexander-Alquié, lo hace por la parte menos resistente y más distensible, lo que hace que se reproduzca la retrodesviación. Algo parecido ocurre con el procedimiento de Doleris y de Richelot, por lo cual soy partidario de fijar la cara anterior del útero á la vez que los ligamentos acortados á la herida abdominal.

Dr. LOPEZ (Valencia): La operación de Alexander es en algunos casos larga por ser difícil encontrar el ligamento redondo, y resulta otras veces ineficaz por haber practicado el acortamiento en la parte más débil.

CONTRIBUCIÓN AL ESTUDIO DEL ALUMBRAMIENTO FISIOLÓGICO AUXILIADO

por el Dr. ANGEL DE LINOS Y LABARGA (Ferrol).

Que el alumbramiento, ese «complemento del parto» como le llamó Cazeaux, tercera etapa del mismo, ó parto de los anejos según Auvard, es un acto fisiológico ó normal, en la gran mayoría de los casos, es una verdad admitida por todos los tratadistas; pero no son menos ciertas, seguramente, la afirmación de Playfair de que «no hay sin duda alguna período del parto en que más necesaria sea una asistencia inteligente, y en que sean más frecuentes los errores», y la de Tarnier al decir «que la salida feliz ó desgraciada de las secundinas debe considerarse como el acto más importante de la parturición».

Este último ilustre tocólogo, asevera también que en pos de la expulsión del feto, por feliz que haya sido, se hace preciso más que nunca la presencia de una persona experimentada que vigile, inteligente, activa, y minuciosamente el alumbramiento, pues por no llenarse algunas veces estas condiciones, vense sobrevenir aún en mujeres bien constituídas accidentes tan graves como violentas hemorragias y retención del todo ó parte de los anejos fetales.

En todos tiempos, á no dudarlo, ha preocupado á los tocólogos la conducta que debía seguirse en la expulsión de las secundinas, ya en cuanto al tiempo que debía esperarse caso de confiar tal acto solamente á la fuerza de la naturaleza, ya en cuanto á los medios que debieran emplearse para facilitarla; pero á no dudarlo también, ni nunca han sido las opiniones unánimes en punto alguno, ni aún hoy mismo lo son en nuestro humilde concepto á pesar de los progresos en obstetricia realizados y de que tanto puede vanagloriarnos en la actualidad la ciencia obstetrica en otros particulares.

Admitida hoy la teoría de Ducan, como la única al parecer sin excepciones y cual la más fundada para explicar el desprendimiento de la placenta y las membranas; reconocido por la gran mayoría de los tocólogos, por no decir mejor, todos, que en tanto la cavidad uterina no queda libre por completo de su contenido, feto y anexos, existen para la mujer serios peligros; parece inexplicable la falta de unanimidad de pareceres y lo es segruamente mucho más el que todavía reinen en materia de tal índole algunos errores de los que se lamentaba ya Playfair.

Pero vayamos concretando los hechos.

Admítese, por todos, que cuando no se verifica la salida, que se llama espontánea, de la placenta y membranas, es fuerza intervenir dejando así para algunos de ser un acto normal ó fisiológico para entrar en la categoría de lo anormal ó patológico, cosa en tesis general no exacta. pues el *alumbramiento auxiliado* que llama Auvard cabe aún dentro de la verdadera categoría fisiológica.

¿Pero cuándo debe intervenirse?... He aquí el primer disentimiento y no por cierto el de menor importancia.

Espectantes é intervencionistas auxiliares, (pues de algnna manera hemos de llamar á los que todo lo esperan de la naturaleza y á los que auxilian su obra aun en los casos normales) no se encuentran de acuerdo de modo alguno. Fiándolo todo, los primeros, á la espontaneidad del acto y la inmensa mayoría de los segundos, no queriendo intervenir auxiliando sino cuando ha transcurrido un plazo prudencíal; como quiera que el plazo designado por los autores como el fisiológico en que se verifica generalizando el alumbramiento espontáneo, varía entre límites muy diferentes, los unos esperan siempre, y los otros, demoran su intervención en demasía, en la inmensa mayoría de los casos, al menos en nuestro concepto, que si atrevido puede aparecer á todos por la insignificancia científica de la personalidad, que le asienta, hállase fundado, no ya tan solo en conceptos que estimamos lógicos, sino también en el resultado práctico de una estadística no corta, por el número de casos y de verdadera observación personal, puesto que en ella solo referimos los hechos por nosotros observados directamente.

En tanto que el alumbramiento espontáneo y normal tiene lugar, según P. Dubois y Depaul, una hora, hora y media y hasta dos horas ó más después de la salida del feto, Clarke ha sostenido que aquel se realiza á lo sumo, á los veinticinco minutos, y Auvard nos dice que desde algunos minutos á una hora y por término medio media hora, cosa que Cazcaux aún pone en duda admitiendo una hora ú hora y media, sin contar unos y otros, con los casos no desconocidos para ningún tocólogo, en que la expulsión espontánea de las secundinas, sucede en pos de la salida del feto, ó muy escasos minutos después. Y fundándose en los justos términos unos autores, otros optando por los extremos máximos y los menos seguramente por los plazos mínimos, las opiniones respecto al momento de la intervención auxiliada, hállanse manifiestamente divididas.

Espérese antes de auxiliar la expulsión de los anejos, una hora ú hora y media, dice Cazeaux: no una, ni dos, ni tres, sino hasta que

e útero se halle muy contraido, aconseja Dewees, alumbramiento que tarda más de una hora es patológico, asienta Auvard, inclinándose, al parecer, á no demorar más la intervención auxiliar; su traductor español el Dr. Planellas, dice esperar media ó una hora; nunca más. Tarnier recomienda una espera de veinte á veinticinco minutos. Mac-Clintock de quince á veinte, por cuyas cifras opina Playfair también; Breski espera, sin fijar plazo, á que vuelva la contracción uterina, y finalmente Wingkel afirma que después de la expulsión del feto, debe auxiliarse casi inmediatamente la salida de sus anejos.

Ante tal divergencia de opiniones á cuyo apoyo prestan incuestionable autoridad nombres de gran valía científica, había de parecer á todos atrevimiento rayano en la osadía, el que nos proclamemos desde luego, partidarios decididos de Wingkel, es decir, de la minoría, en cuanto á que, sin demora alguna, se auxilie el alumbramiento por las razones que habremos de exponer y por nuestros resultados estadísticos.

No hemos de debatir por improcedente, dado el número escaso de sus adeptos, *el sistema expectante* en el alumbramiento, pues, como dice muy bien Auvard, la expectación está generalmente abandonada, y tiene muy pocas probabilidades de hacer nuevos prosélitos», pero hemos de consignar sí, que el procedimiento de expectación menos censurable ó sea el vigilando constantemente á la mujer, es poco práctico ó irrealizable, mejor dicho, en la vida profesional de los pueblos, y la expectación, si así puede llamarse, de algunos médicos que fiándolo todo á la naturaleza sólo, abandonan á la mujer algunas horas sin haber librado, es criminal en nuestra pobre opinión.

Buena prueba de ello son, no ya tan sólo las frecuentes retenciones placentarias que obligan á intervenir no sin peligros á veces en tales casos, y que en su inmensa mayoría serían perfectamente evitables, sino también las hemorragias más ó menos copiosas y en algunas ocasiones mortales, que sobrevienen en la práctica á tales espectantes, y de cuya última categoría complacémonos en no contar, ni un sólo caso en la nuestra.

Y puesto que no debe ningún tocólogo hoy ser expectante, en el genuino sentido de la palabra, y es forzoso, ó por lo menos conveniente, auxiliar por éste ú el otro procedimiento la expulsión de las secundinas, de cuya doctrina no solamente somos decididos partidarios, sino que opinamos por la más inmediata intervención *auxiliatus*; hemos de consignar que desechamos, por su inutilidad y perjuicios el sistema esclusivo de las tracciones hechas sobre el cordón que sólo

puede servir en el segundo y mejor aún en el tercer periodo de alumbramiento, y que exponiendo en el primero como es sabido á graves accídentes, obliga á demorar los auxilios hasta que el desprendimiento placentario haya tenido lugar, cosa que nosotros, partidarios de intervenir rápidamente, no podemos aceptar, pues estimamos que ese mismo primer periododebe de favorecerse. *Tirar y esperar* dijo Pajot, y nosotros decimos: «en el primer momento ni tirar ni esperar».

Esperar, más ó menos tiempo, aconsejase por todos los tratadistas que conocemos, excepción hecha de Wingkel, y nosotros como él, sentamos que acto seguido de la salida del feto, debe de procederse á auxiliar ese primer periodo del parto de los anejos, á que se llama desprendimiento de la placenta. En demorar el auxilio es en lo que tan solamente encontramos explicación de la diversidad de opiniones, que se hallan al fijarse por los diversos autores el plazo del despren dimiento placentario.

El útero en pos de la expulsión del feto, tiende sin duda alguna, salvo los casos de inercia total, á retraerse, pero nuestra observación y aun las mismas opiniones de los autores, nos hacen ver que esa retracción, que llamaremos fisiológica, comienza siempre ó casi siempre, por su cuello y su segmento inferior, cosa en nuestro concepto lógica, en tanto que el superior y el fondo tardan más en contraerse, quizás por agotamiento mayor de su energía contractil, en los últimos esfuerzos expulsivos. Favorecer, pues, la retracción de esas partes, que en hacerlo se muestran indolentes, y desde el primer momento, en eso estriba las ventajas que atribuimos al procedimiento que proponemos.

Desechando como ya dijimos en tal periodo las tracciones del cordón como medio de desprendimiento placentario, no aceptamos tampoco en el primer instante el procedimianto expresionista llamado de Credè, siquiera ya en 1769 haya sido descrito por Wallace Johnson, pues tal y como se aconseja por los autores resulta innecesario en la inmensa mayoría de los casos y á él tan solamente debe de acudirse cuando el desprendimiento no se consigue por más suaves manipulaciones.

Nuestro procedimiento consiste en auxiliar desde el primer instante, acto seguido de la expulsión fetal, y sin perder tiempo alguno, á la retracción ó contracción fisiológica de la parte alta del útero, escitándola, verificando su masaje con las extremidades de los cuatro últimos dedos de una mano circular y suavemente primero, y algo más enérgicamente luego, si la continuación uterina no se despierta de una manera clara y suficientemente rápida. En los contadísimos

casos en que esto no se logra al cabo de unos minutos, practicamos entonces la clásica expresión uterina, según se halla descrita en los autores.

Siguiendo rigurosa y sistemáticamente tal procedimiento, nuestra estadística, (personalísima cómo ya dejamos dicho) demuestra que el desprendimiento placentario, puede así verificarse en un plazo extraordinarıamente más corto que el por la mayoría designado como término medio fisiológico y no dejando esta rapidez y la de las contracciones del fondo del útero quizás también, tiempo suficiente á retraerse el cuello, ligerísimas tracciones, hechas luego en el cordón son suficientes para expulsar al exterior las secundinas, terminándose así en un tiempo brevísimo esa importantísima tercera etapa del parto.

Nuestra manera de obrar discrepa, pues, como se vé, de la opinión más general, en la rapidez de la intervención anxiliatriz, y en no acudir como medio de llevarlo á cabo á la expresion siempre, sino más bien al suave masaje digital, mucho más inucuo, sin peligro alguno, y ni aún molesto, en la inmensa mayoría de los casos.

¿A qué esperar? nos hemos preguntado siempre, ya desde nuestros mismos tiempos de alumno interno. Educados en la clínica por un viejo tocólogo, Dr. Andreu, intervencionista convencido y que frecuentemente censuraba la espera en el alumbramiento espontáneo, y rehuyendo por entonces en algunas ocasiones el uso del procedimiento de Credé, comenzamos siendo alumno á emplear el masaje desde el primer instante *motu propio*, y fundados en el mismo razonamiento de la demora en la contracción del fondo del útero. Hoy, tras de veinticinco años cumplidos de ejercicio profesional en la especialidad, y los hermosos resultados obtenidos de la intervención inmediata, preguntamos con más razón que antes ¿á qué esperar?...

Dejamos ya consignado que Dewees dice: que el estado del útero por su contracción es el que indica el momento de intervención, y que Breiski aconseja se espere á que vuelva la contracción uterina. Pase que el primero, partidario de las traccoines del cordón tan solo, pretenda esperar á la contracción como signo probable, sobre todo cuando es tardía, de que se ha verificado el desprendimíento; pero no nos explicamos que el segundo, expresionista convencido, aconseje esperar esa contracción cuando el procedimiento de que es partidario la determina. Haciendo fricciones sobre el vientré después del parto, dice Tarnier se determina la contracción rápida de la matriz, que sin esta excitación no se contraería hasta los ocho ó diez minutos después.» Y si esta contracción es necesaria para que el desprendimiento se verifique, ¿porqué no intervenir desde el primer momento, no con esas

simples fricciones abdominales no siempre verificadas sobre el útero, sino más bien con el masaje digital del fondo de éste practicado por el el mismo tocólogo ó por esperto ayudante?... No nos explicamos en nuestro pobre criterio, cómo no hacerlo así.

La afirmación de Mac-Cliutock de que debe esperarse de quince á veinticinco minutos sin hacer ensayo alguno «para dar tiempo á que se coagule la sangre en los senos uterinos», no creemos que nadie pueda admitirla hoy, olvidando la forma de cerramiento de los vasos útero-placentaríos en pos del desprendimiento de la placenta, por la especial disposición de las fibras del músculo uterino, esas ligaduras vivientes, como las llama acertadísimamente el sabio Mr. Pinard.

De esperar sin auxiliar, la contracción uterina se retarda; en tanto ésta no tiene lugar, la placenta no se desprende; el útero mientras no está completamente vácuo y contraído, hállase expuesto á serios accidentes que pueden poner en gravísimo apuro á la paciente: en esperar, en fin, hay peligro.

¿Puede haberlo en intervenir inmediatamente como nosotros proponemos? No, seguramente. Los peligros de la retención ahuyéntanse; la rapidez en la contracción uterina evita las hemorragias y la inocuidad del masaje digital aleja todos los temores que los no partidarios de la expresión tienen á ésta, como provocación de fuertes dolores é inflamación del útero ó de las partes inmediatas.

Nuestra observación personal hácenos pensar que el procedimiento indicado y por nosotros seguido está exento por completo de peligros, y con él se obtienen resultados muy superiores á los de los no intervencionistas desde el primer instante.

La siguiente estadística lo demuestra así:

Número de partos normales..........................	1.480
El alumbramiento se verificó con sólo el procedimiento indicado en..	1.625 casos.
Idem ayudados por la expresión uterina clásica en.....	208 »
Idem con ella, y dos dedos en el cuello para ayudar el desprendimiento..............	en tres casos (1 de cada 4 por 100).
Con la mano por adherencia...	en cuatro casos (1 de 3 °/₀).

La expulsión se verificó antes de los cinco minutos en el 59 por 100 de los casos.

Id. id. entre 5 y 10 en el 16 por 100 de los casos.
id. id. entre 10 y 15 en el 16 por 100 de los casos.
Id. id. en más de 15 en el 9 por 100 de los casos.

Hubo hemorragias graves en cuatro casos.
Idem id. leves en 35 id.

Número de partos distócicos por inversión viciosa de la placenta, aplicaciones de forceps, de gancho ó lazo, versión interna, craneotomía y embriotomía........	133 casos.
El alumbramiento se verificó por el sólo procedimiento indicado en	97 id.
Idem ayudado por la expresión clásica, en............	21 id.
Con la mano por adherencia ú otras causas, en........	15 id.

Los resultados de nuestra práctica que muestra la anterior estadística, parecen, sin dudarlo, hablar muy en favor del método auxiliatriz indicado. Las veces que hemos tenido, en partos normales, que intervenir por retención patológica de la placenta, han sido tan solamente una por cada 370 partos, cifra muy inferior á la indicada por Cazeaux (1 de cada 200). Las hemorragias por atonía uterina sólo las vimos en 39 casos, y de ellas tan solamente cuatro graves, ó sea una por cada 370 partos, número también muy favorable comparado con la asignada por Rossi (1 por 135 partos en la clínica y uno por cada 62 en la sección de pago).

Nuestros resultados confirman también que en la inmensa mayoría de los casos no se precisa, después de la salida del feto, introducir ni un solo dedo en la vagina, como indicó ya Playfair, no en 19 casos de cada 20, como él asegura, sino aún en mucha mayor proporción.

Creemos, por lo tanto, que tal sistema de intervención inmediata auxiliatriz disminuye los casos de retencióu placentaria y el peligro de hemorragia por atonía.

Fundándonos en tales resultados, y en los diversos conceptos clínicos que dejamos transcritos, habremos de sentar las siguientes:

CONCLUSIONES

Primera. El alumbramiento fisiológico ó normal, debe ser auxiliado siempre.

Segunda. La intervención auxiliatriz, debe emplearse desde el momento en que ha terminado la expulsión del feto. Cuanto más pronta, mejor serán sus resultados.

Tercera. El masage digital del fondo del útero, al través de las paredes abdominales, es suficiente en la inmensa mayoría de los casos, para lograr el desprendimiento de la placenta.

Cuarta. Tan solo cuando este procedimiento no diera resultado, después de unos quince minutos, es cuando debe acudirse al de la clásica expresión uterina.

Quinta. La intervención auxiliar inmediata, por medio del masage digital del fondo uterino, disminuye hasta un grado extremo los peligros de hemorragia y engatillamiento placentario, y resulta el procedimiento más innocuo, más práctico y más racional.

Discussion

Dr. MARTIN AGUILAR (Granada): Considero que el alumbramiento espontáneo, si es normal ó fisiológico, no debe ser auxiliado con el masage digital ni con ninguna otra intervención. Todo indicado presupone una indicación y toda indicación presupone à su vez un trastorno funcional ú orgánico que no existe en un alumbramiento espontáneo normal en el cual la conducta del Profesor debe ser espectante.

El masage y la expresión utero-abdominal intempestivo ó sistemático pueden transformar en muchos casos un alumbramiento fisiológico en patológico, provocando contracciones irregulares en las bandas musculares uterinas y desprendimientos parciales placentarios combinados con engatillamientos de la porción adherida, sobre todo en mujeres de útero irritable, como he tenido ocasión de observar en muchos casos en que el Profesor, llevado de un temor ó de un celo exagerados, se ha precipitado á dar un auxilio innecesario á la decolación ó expulsión de la placenta.

En los casos normales la abstención de intervenciones se impone y debe ir acompañada en todo caso de una vigilancia que mantenga al médico en la seguridad de que la función se está cumpliendo fisiológicamente. Esta es á nuestro entender la conducta más razonable y menos expuesta á peligros.

Dr. DE LINOS (Ferrol): Dice, que va tan solo á dedicar cortísimos momentos por no molestar ya más la atención del Congreso, á rectificar las valiosas argumentaciones que en contra de su comunicación acaba de hacer el distinguido catedrático de la especialidad Dr. Aguilar; pero que ante todo, cumpliendo no ya un deber de galantería, sino en realidad para él uno de estricta justicia, ha de tributar al Dr. Aguilar el testimonio de su gratitud más sincera por los inmerecidos elogios que de su comunicación ha hecho como exordio

de su siempre galante refutación. La grandísima valia, dice, del argumentante, es el mejor premio á que podía aspirar su trabajo.

Pero, añade, habrá de permitirle el Dr. Aguilar con todas las consideraciones que le merece, el que no pueda estar conforme con sus aseveraciones.

El hecho de que el Dr. Aguilar haya visto casos desgraciados por intervenciones extemporáneas ó mál hechas, no puede hablar en contra del procedimiento propuesto, fácil de ejecución, perfectamente inocuo y convenientemente reglado.

Que es precisa una indicación para intervenir en el alumbramiento, pues no debe existir indicación sin indicado, no es razón admisible en contra de lo propuesto en la comunicación, pues siendo el indicado su método profilactico de las hemorragias y las retenciones placentarias, existe en él indicado y lógica indicación, como existen en la asepsia operatoria profiláctica de los accidentes de infección quirúrgica y en la profilaxia de todas las enfermedades infecto-contagíosas.

Que la contracción determinada por el masage ó por la expresión, es una contracción irregular por ser parcial y no fisiológica; no había de rebatirlo porque demostrado precisamente lo contrario, queda ya en la comunicación. La contracción del fondo uterino, necesaria para que se verifique, según la teoría de Ducan, el desprendimiento placentario, es justamente la que se busca y logra con el método aconsejado, con rapidez y antes que tenga lugar la más rápida del segmento inferior de dicho órgano.

Y finalmente, que esperar á la indicación para intervenir, base de la opinión de los expectantes á que se inclina el distinguido tocólogo Doctor Aguilar, no pueda menos de ser rebatido, puesto que la espectación, aún la que pudiéramos llamar «armada ó vigilante», la menos digna de censura, á más de estar hoy condenada por la inmensa mayoría de los tratadistas, podrá ser sin duda posible en los hospitales y en casos muy especiales; pero no es realizable en la práctica general y común de los pueblos y mayormente del campo, y sobre todo, si en tanto el utero no está libre por completo de su contenido la mujer corre peligros y peligros tan graves como los que corre, lógico es facilitar la realización del alumbramiento para huir de ellos.

ELECTRO-THERMIC HAEMOSTASIS IN ABDOMINAL AND PELVIS SURGERY

par Mr. ANDREW J. DOWNES (Philadelphia)

The control of hemorrhage has always been the most serious problem in surgery from the early days, when the various methods of haemostasis succeeded each other, to the present when many believe the climax has been reached in the use of the aseptic absorable ligature. As far as is known surgery began without ligatures and, in spite of the marvelous improvements in materlals and methods of sterilization, there is a decided inclination and search for some means of dispensing with their use: Not to enter deeply into the objection to ligation it is conceded that aseptic haemostasis without the retention of foreign material would be ideal. Torsion and angiotripsy have been tried and proved unworthy of dependence. Torsion as a routine practice is out of place in abdominal surgery. The idea of being able to apply with ease and certainty of effect a cold pressure instrument is facinating. Such instruments being always at hand and easily sterilized would facilitate surgery if the method could be depended upon. But hope of such a thing is visionary. Even the devotees of the angiotribe have never reported its use successively in a series of cases without the frequent use of the ligature. The use of the angiotribe to make a groove in which the ligature can be safely tied is slow and only offers a strong objection to ligation.

The use of torsion and angiotripsy is cited only to prove the desire on the part of surgeons to dispense with ligatures. The object of the present paper is to indicate that in abdominal surgery ideal haemostasis is possible by the combined use of pressure and heat, or to coin a term by the use of thermic angiotripsy.

In 1862, and for some years after, Baker Brown controlled ovarian pedicles by compressing them between the blades of a heavy clamp and applying the actual cautery to the side of the blandes until they became hot enough to cook the compressed ribbons within their graps In those days of septic surgery his mortality rate was far below that of his confreres, and secondary hemorrhage was unheard of after his operations, Some years later he was followed by Keith who further developed this method and used it through a series of years with remarkable result. Among those who followed Keith in this practice

was Dr. Skene of Brooklyn who after quite an experience in the use of the actual cautery applied against the bladés of pedicle forceps to obtain heat conceived the idea, after having seen the electric flat iron, of including within the blades the heating medium. To Skene therefore belongs the credit of instituting Electro-thermic Haemostasis. His instruments being first productions were imperfect and would never have made practical this method, for they furnished neither sufficient pressure nor heat, and were not practically sterilizable.

The essential elements in this method are first, and of greatest importance, pressure and second heat. The instruments of Skene were made in such a way that a practical blade giving the proper amount of pressure and heat was not possible. The heat chamber was closed on the rear of the active blade by a plate, in the sealing of which if soft solder was used the plate warped and loosened during use by the heat in the blade, while if hard solder was used the temper of the blade was lost during manufacture and pressure thus made impossible on a pedicle of any thickness. Skene also recommended that a temperature of 190° Farh. only was necessary and that the heating process should be slow. This with the above imperfections accounted for secondary hemorrhage and disuse of the method. After making at least fifteen different instruments, I finally succeeded in making a type of blade retaining all the temper and strength of a cold highly tempered instrument. An invisible overhapping plate covering and sealing, without the use of hard solder, the recessed heat chamber in the pressing surface of the active blade made this possible. Another great improvement which I developed was the placing of the connecting poles near the active blade thus insuring cool shafts or handles to the instrument. Another inovation consisted in using the principle of the angiotribe thus obtaining, what is absolutely necessary, the proper degree of pressure and heat between the blades. Finally the method of insulating and cementing the platinum and its connecting pole making it possible to submit my instruments to the same degree of sterilization by boiling that any ordinary instrument will stand completed the practical improvements which were absolutely essential to the success of electro-thermic haemostasis.

For those unacquainted with this method the following explanation is offered; pressure approximately that of a medium sized angiotribe is applied to the tissue to be haemostased and the compressed ribbon thus formed is rapidly submitted to a temperature of not under 212° Farh., thus coagulating and agglutinating under pressure its albuminous constituents. In addition the heat even travels a short distance

beyond the area compressed into the adjacent tissue and causes a shriveling of the intima of the bloodvessel leading into the compressed ribbon. Clotting therefore occurs a considerable distance beyond the ribbon. The possibility of hemorrhage after proper technique is inconceivable.

In Fig. 1 & 2 are seen my latest type of instruments with straight blades 2 1/4 inchs long but varying in width, for the different sizes the widths being 1/4, 3/8 and 1/2 inchs.

In Fig. 3 is seen the same type of instrument with curved blades. The narrow bladès have handles releasing on maximum pressure. The 3/8 and 1/2 inch blades have a lever at the ends of the handles to maintain maximum pressure, the blades opening on release of the lever. The narrow blades are used on the meso-appendix, on the mesentery, deep in the pelvis on the isolated uterine arteries and its lower branches or for haemostasing any isolated bloodvessel. The wider blades are for use on Ovarian Pedicles, the broad ligaments, across the appendix or for occluding the intestine, stomach or any viscus. These blades are wide enough to give a track through which section can be made bloodlessly. For the curved blade the 3/8 inch width is the most practical. It is used in occluding the vagina in pan-hysterectomy through the abdomen, in nephrectomy for tuberculosis or wherever the curved can more readily be used than a straight blade. The improvements in these instruments can be made use of in any type of blade in any forceps or angiotribe.

In these instruments the heating medium is an insulated ribbon of Irrido-Platinum which becomes red hot or even white hot by the resistance it offers to the passage of a suitable electric current. The necessity therefore of the electric current in a modern operating room there are required controllers to reduce it to the requirements of these instruments.

For the alternating current a simple transformer like that seen in Fig. 4 is required. In Fig. 5 the same transformer is seen with a meter in connection.

Where the direct current is used there is required a motor in addition to the above transformer and mounted with it. In fig. 6 is seen a motor transformer, the motor of which was recently especially devised for use with these instruments and is but one third the size and weight of the motor formerly used for this purpose. This same motor transformer can also have a meter in circuit to insure scientific accuracy but it can be dispensed with practically.

In fig. 7 is seen the cable for connecting the motor transformer

with the blades of the angiotribe. This cable is constructed of mineral and rubber and will stand indefinite boiling. The cable can be in one piece to be boiled for each operation, or it can be made in two parts, a long part to conduct the current from the transformer to the operating table and a short part or coupler to connect with the first part. The coupler is to be sterilized for each operation.

While novel this instrumentatium is not complicated and allowing the generating source of electricity it is quite simple, in fact it is less complicated than the outfit required in ligature work. By this method haemostasis can be effected en mass or isolated bloodvessels can be compressed by the points of the narrow blades. Unlike ligature work en mass haemostasis by this means is not open to objection since there is no constriction, no nerves are irritated, no exuding surfaces are left, compressed ribbons of coherent, sterile, non-bleeding tissues only remain. It will be readily seen that haemostased tissues of this character lessens the danger of adhesions.

It is impossible to construct an efficient thermic blade that will not become hot throughout, hence protection of the surrounding tissues is necessary. This can be efected by gauze but much better by the shield seen in fig. 8 which surrounds the heated blades but comes in contact with them with fine points only and these points transmitting but little heat the shield remains quite cool, thus making the use of Electro-thermic blades entirely safe within the abdomen.

For small bleeding points met with in incisions, in amputation of the breast, in neck operations or any place where ordinarily fine ligatures would be required, I have devised a Platinum Loop called an artery forceps electrotherm. This little heater at a bright red heat applied to the tips of the ordinary haemostasic forceps will transmit sufficient heat in five seconds to control any small bloodvessel within their grasp.

The tip of the haemostasic forceps against which the heater rests may have a slight groove in it as a point of purchase for the Platinum Loop. This little heater replaces a number of perishable small electrothermic forceps.

Fig. 9 is a view showing a number of haemostasic forceps in a wound with the Platinum heater resting against the points of one. It is rapidly changed from one to another thus more quickly haemostasing a number of bleeding points than if we used ligatures.

In addition to the above outfit there is required a Platinum knife which is seen in figure 10. It is similar to the artery forceps heater but made with a wide surface like the usual Platinum cautery knife.

A complete Electro-thermic outfit therefore consists of a few angiotribes with blades of different widths including one with curved blades, the shield, the cautery knife, the artery forceps heater, the cable, the electric current controllers consisting of the motor transformer for use with the continuous current and a transformer for the alternating current. With this outfit and a sufficient number of ordinary haemostasic forceps any haemostasic problem in surgery can be solved.

For private house operations a storage battery of 100 ampere hours capacity is very servicable and will furnish enough current for at least four major operations. These instruments require heavy amperage and should not be used with a battery of less capacity.

The Platinum in the instruments, the cautery knife and the heater should be the same in weight and requires about the same current 60 amperes. This is a higher amperage than has ever been used in electrothermic instruments but the heat developed in a piece of platinum requiring this amperage causes our blades to more rapidly heat and to be more servicable than where less current is used. There is also less danger of burning out the Platinum. The same current being required by all the instruments including the cautery knife and heater makes it possible to dispense with a mater. The current that will render incandescent the cautery knife and heater is approximately 60 amperes. This is an indication, therefore, that our rheostat is adjusted to the proper point although the blades will take more current. For each operating room therefore, the current can be adjusted so that the cautery knife is brought to a bright heat and without change this current can be used.

The practical way therefore, without a meter of judging the proper amount of current necessary to heat the instruments is to gradually turn on the rheostat of the transformer until the Platinum in the cautery knife or in the heater is a bright red. For each individual operating room when this point is reached on the transformer it can be set and never changed, the current being switched in from the electric light socket or a foot braker may be used so that while working we can turn the current in by the pressure of the foot for the required time. The current that heats the knife, as just described, turned into the angiotribes will cause water placed on the pressing surface of the blades to boil in 10, 15 & 20 seconds for the different widths, 1/4, 3/8 & 1/2 inchs. In using the instrnmeuts (*) therefore, it must be remembered that this amount of time 10, 15 & 20 seconds is used before the blades become sufficiently hot and that we should

allow from 10 to 30 seconds after this, while the instruments are applied to the tissues to be haemostased. The current therefore, for the various sizes should act from 20 to 50 seconds. It will be found however, in practice that the narrow 1/4 inch blades can be used on the meso appendix on the mesentery or on any thin tissue in about 12 seconds. As one becomes accustomed to the method it will be found unnecessary to count or keep time for the cooking of the tissues under our eyes lets us know when we have sufficient heat. The operator should always remember that heat alone without the proper amount of pressure between the blades will not control bloodvessels, and therefore, the angiotribes should be used at maximum pressure. There is a minímum amount of time that the instruments should be used with the proper amount of heat and pressure, but no harm occurs if a little more time than is necessary is consumed by the heated blade. When one has become accustomed to using this method it will be found possible, with the rheostat set at the proper place to have, in each operating room, the transformer or motor transformer out of sight, under the operating table, with the cable connected with it and running to the edge of the operating table and with the short sterilized coupler lying with our instruments near the field of operation but coupled to the first part of the cable at the edge of the operating table. For each operation the instruments and this short coupler cable can be re-sterilized. I have lately fonnd a foot braker very valuable. It dispenses with an assistant; the operator being in absolute, control. The current being turned on whon by pressure of the foot.

The following rules will be useful.

The pressing surface of the blades must be smeared with sterile oil before each application.

The field should be dried and freed from blood and the surrounding tissues protected from the outer surface of the blades by gauze or preferably by my shield.

After each removal of the bladss from the haemostased track they should be cleaned to remove all charred adhering blood and the pressing surfaces re-oiled.

Too short an application should be avoided. No error is committed if the time is some seconds longer than required.

The shield should be applied after the adjustment of the angiotribe and be removed last so that the compressed haemostased ribbon can be examined before letting it drop from view.

Further information concerning this method of controlling hemorrhage can be given to better advantage in the techmical description of

various electro-termic operations. For this purpose types of the following operations will be breifly described.

Ovariotomy, Salpingo-oopherectomy, Hysterectomy, Appendecectomy.

Operations on the stomach, intestine omentum.

In Hernia and Hemorrhoidal operations and in the freeing of intra-abdominal adhesion.

Ovariotomy.

The tumor is isolated and freed of adhesion as in the usual operation. If necessary it is tapped. When the pedicle is isolated it is clamped by either the 3/8 or 1/2 inch blade, the shield applied and the current connected. A temporary clamp can be applied above the thermic blades and sections made along the blades before their removal or if we have used the 1/2 inch blade on their removal section can be made through the track they have caused. In either case the ribbon is left after the removal of the angiotribe in the blades of the shield and can be examined before allowing it to drop into the abdomen. Should the pedicle have been a vary thick one with large bloodvesels we should remove the shield and examine to see if any vessel bleeds. Shoul one be found it should be grasped by the points of the narrow blade angiotribe and cooked as an isolated artery. Some pedicles are so thick as to require sectional haemostasis.

Salpingo-oopherectomy.

In Salpingo oopherectomy in many cases after freeing adhesions the tube and ovary can be grasped and twisted so that one bite of the blades of the angiotribe can occlude the thus made pedicle. The shield is then applied, the current connected and section made along the upper side of the thermic blades thus releasing the tube and ovary. On removal of the angiotribe the ribbon can be examined before allowing it to drop. In many cases it is neeessary to make two applications of the blade, one from the uterine side near the cornua into the broad ligament, the other from outside the ovary to meet the first track. Section through the white haemostased tracks releases the tube and ovary. The work or numerous investigators and the findings in secondary operations indicates that ligation of the fallopian tube ei ther with silk or catgut by no means assures aseptic closure. This method of closure is especially bad when dealing with pus tubes and extra uterine pregnancy. The method here advocated, electro-thermic occlusion, is ideal and will rob this class of work of many distressing sequelac including irritable or open stumps and adhesions.

Hysterectomy.

In Vaginal Hysterectomy for benign disease, the cervix is encircled by the cautery knife and dissected back until the peritoneal reflections are reached and the abdomen thus entered. The fundus is brought out through the anterior incision and the 3/8 inch or 1/2 inch blade of the angiotribe applied to the broad ligament. Sometimes the whole broad ligament can be included in one grasp of the blades, but if two grasps are required, the first should be applied from the tubal side down to include the round ligament. The remainder of the broad ligament schould then be included in a second grasp. Should the one application to the broad ligament suffice, the blades should be applied from the base so as to expose the uterine artery to the greatest pressure possible. The shield io now placed around the blades of the angiotribe, the current turned on far from 30 to 40 seconde. A temporary haemostat is applied to the uterine side of the broad ligament, section made along the uterine side of the thermic blade, the angiotribe released and removed, exposing a white ribbon within the blades of the shield. On removing the shield the haemostased ribbon shrinks back into the pelvis. We have now the uterus free on one side with temporary haemostats to control reflux bleeding. The same procedure is now used on the opposite broad ligament and the uterus removed by section along the uterine side of the termic blades. The usual toilet of the peritoneum can then be accomplished. In those cases in which hemi-section facilitates removal, the cautery knife can be used in place of the scapel and the angiotribe be then applied to the broad ligaments one or two grasps to each.

For malignanf disease in suitable cases the following is my vaginal hysterectomy. The cervix is encircled by the cautery knife through the mucous membrane quite above the visible evidence of disease and dissected up, using the cautery for searing, until one inch and a half of the cervix is exposed or until the level of the internal os is reached when the cervix is amputated by the cautery knife. The cervical canal of the remaining uterus is thoroughly burned and stuffed with gauze. In carrying out the above procedures should any paracervical bleeding occur that the cautery knife will not haemostase, the bleeding points should be grasped by the ordinary artery forceps which can be heated by applying the artery forceps heater to their tips for a few seconds. In some cases the lower branches of the uterine artery in the base of the broad ligaments may need to be haemostased, in these cases the tips of the narrow blade angiotribe are very serviceable. It is even possible without opening the peritoneal cavity to apply

the narrow blades along the sides of the uterus so as to occlude the uterine artery. After removing the malignant cervix, the vagina is re-sterilized, the peritoneal reflections entered and the remaining portion of the uterus removed as in the above description for non malignant cases. The procedure here advocated is aseptic and removes the danger of contamination.

In malignant cases where it is preferable to remove the uterus through the abdominal incision, the preliminary amputation of the cervix as above described, without opening the peritoneal reflections followed by the removal of the uterus through the abdomen renders the operation free from the danger of implantation. The abdominal part of the operations in these cases could follow any known technic or that to be now described.

Abdominal Hysterectomy.

In abdominal supravaginal and pan-hysterectomies a variety of procedures can be carried out of which the followins are types. The 3/8 inch or 1/2 inch blade of the angiotribe are placed on the broad ligament from outside the ovary to below the round ligament, the shield applied the current allowed to act for about 40 seconds, a temporary broad ligament forceps applied to the uterine side and section made along the adjacent side of the thermic blades. The angiotribe is removed an a wide hemostased ribbon is seen in the grasp of the shield on removal of which it shrinks toward the pelvis wall. The same procedure is carried out on the opposite ligament. The broad ligaments are now both haemostased and sectioned to below the round ligaments, the reflux bleeding from the uterine side being controlled by forceps. The bladder is next freed and pulled forward away from the uterus. This puts the ureters on the stretch and makes easier and safer the occlusion of the uterine arteries. The next grasps of the angiotribe are made to include each broad ligament from below the round ligament down to the sides of the cervix so as to surely include the uterine arteries. Section is made on the uterine side of the blades and the uterus is thus released so that on upward traction it is held only by its vaginal connection in which perhaps are the vaginal branches of the uterine artery. By putting the vaginal tube on the stretch it is easy to include progressively small portions of it in the narrow blades and thus bloodlessly sever the uterus by section through the vagina below the cervix but above the blades; or when this stage is reached a curved angiotribe may be used and the vaginal tube clamped in one bite.

In cancer of the uterus the entire operation done through the abdomen, two curved clamps can be applied below the cervix to occlude the vaginal tube, the lower one being electro-thermic and the upper any ordinary cold clamp. On section between these curved blades the vagina is occluded below the cervix so that no contamination is possible. We thus carry out Werders method using electro-thermic haemostasis in place of ligatures. If the operation is a supravaginal hysterectomy after the occlusion of the uterine arteries section is made across the cervix and sutures applied as in the usual operations. Beforn saturing the cautere knife should sear the cervical canal. It is possible by making a proper wedge shape amputation at the cervix to use an angiotribe with blades especially devised that would easily occlude without suture the opposing section of cervix. The technic in abdominal hysterectomy may vary from the above description in that the wide blade if used carefully can be made to give a haemostased ribbon in the broad ligament through which section can be made without the necessity of temporay clamps. If this is done incision through the broad ligaments can be absolutely bloodless. There is no method of hysterectomy that has ever been performed by ligatures in which we cannot use electro-termic haemostasis. We can begin at the top of the broad ligament, go down one side, cross the cervix and up on the other side. We can isolate individual arteries and haemostase them alone by pressure and heat. We can hemisect the uterus from the abdominal side and haemostase from the uterine arteries. We can perform Doyens operation replacing the temporary clamsps on the ovarian and uterine arteries by the blades of the angiotribe.

Apendecectomy.

In appendectomy the special claim is made that by this method we can eliminate during the operation the infectious canal of the appendix. The operations will vary as to whether the case is accute or chronic or as to whether the appendix or meso appendix are easily isolated. In unruptured cases it is often possible to include the appendix and mesoappendix in one bite or grasp of the angiotribe, preferable the 3/8 inch wide blades. Section can be bloodlessly made within the thus made sterile track. A purse string suture is then applied in the cecum at the base of the appendix stump and the white sterile stump thus invaginated and covered over by peritoneum. Occasionally it will be found better to occlude the appendix first, purse string the stump thus made and then haemostase the meso-appendix by the blades of the narrow angiotribe. In other cases it is preferable to haemostase

the meso-appendix before occludiny the appendix. In ruptured cases wherever it is possible to obtain sufficient appendix at the cecal side this method is far superior to any other. Even if the rupture has occurred at the junction of the appendix and cecum, the involved cecum can be occluded by the blades of the angiotribe and the white ribbon thus made be closed in by suture. In appendix operations a purse string suture to invaginate the sterile stump is absolutely necessary.

Haemostasis of the Omentum.

In pus tubes-and other inflammatory pelvic cases and where adhesion to ovarian cysts are to be dealt with, the omentum is often torn and must be removed in fair sized pieces. Ordinarily eiter a large bunch is included in one ligature progressive ligation is required.

In the one case the apex of a wedge is left, in both raw surface remains. By the electro-thermic method white haemostased ribbons are caused by the blades of the angiotribe through which bloodless section can be made. The proper fan shape of the omentum is left with little or no liability to adhesion on the part of the stump.

Hernial Operations.

Where there is an epiplocele the treatment of the omentum as above described comes into play. The Hernial Sac itself as it emerges from the ring csn be also haemostased by pressure and heat and be thus bloodlessly removed. To prevent subsequent opening by tension from within the stump thus made can be included in the suture approximating the edge of the ring.

Intestinal Operations.

Intestinal resection and anactamosis by means of these instruments can be ideal. The 3/8 or 1/2 inch wide blades can be made to clamp the intestine the blades extending into the mesentery. If the technic is correct a white dissacted ribbon is left where the blades had been applied through which section can be made without escape of intestinal contents, the ribbons occluding the ends of the intestine. The same procedure can be carried out on a distal part of the intestine and the intervening portion be removed after c'aping the mesentery. The intestinal ends with the occluding ribbons are brought together by Lembert suture, continuous or interrupted, the sutures uniting bowel surfaces at least 1/8 inch beyond the little white occluding ribbons. By this method the fear of contamination is eliminated. The intestine its continuity restored with the occluded ends within the line of union can be left with the certainty that within 30 hours sloughing will oc-

cur and the caliber of the bowel be re-established. A better plan however, after uniting the ends of the intestines is to separate the walls of the intestine thus opening the little ribbons and establish the continuity of the canal immediately. When side to side anastamosis is to be performed, the ends of the intestines that have been occluded should be purse stringed to invaginate the stumps and then the side to side union made by suture around white ribbons made by these instruments. On March 21st 1903 while operating on a very difficult case o Tubo ovarian Abscess I was obliged to resect 13 cm of colon. End-to-end union of bowel was effected as above described and the caliber established after union, by invaginating the bowel by the little fingure until the ribbons were opened as was proved at the time by pressing gas from above the line of union into the bowel beyond. The addomen was closed without drainage. The patient did as well as a ordinary easy case, free bowel movements occurring on the 6th day at which time the temperature, pulse and respiration were normal.

Stomach operations.

In operations on the stmach there is generally on incision into the wall of the viscus free hemorrhage from the mucous membrane. This can be prevented by using the blades of the angiotribe to agglutinate the various layers in the wall of the stomach. Incision in the ribbon thus produced is bloodless. In a variety of operations this method can be used. It should be especially valuable in gastro-enterostomy in which operatiou the following procedure is suggested. The portion of the stomach that is to be approximated to the intestine is grasped double in the bite of the angiotribe and the intestine that is to be approximated to it is also grasped double. The haemostased ribbon thus made in the double wall of the viscus on separating the walls will open to twice its length as clamped. The thus made ribbons can be opened before suturing the surfaces that are to be joined or they can be opened just before the completion of the suturing, or better, they may not be opened at all with the certainty they will slough open in 30 hours. In Pilorectomy this method of haemostasis and occlusion should be especially valuable.

Intestinal adhesions.

In separating bands uniting coils of intestine or relieving bands around and constricting the intestine the raw surface bellond a ligature may immediately reunite. By cutting within the compressed ribbon made by these blades we avoid reunion of the cut edges besides doing the work bloodlessly.

Hemorrhoidal Operations.

The sphincter is dilated, a pile area isolated, grasped by a forceps drawn forward and included in the blades of the 1/4 inch angiotribe. The shield is then placed back of the blades and the current turned on. On removal of the blades after the current has acted a sufficient length of time a white sterile occluded ribbon is seen running paralell with the axis of the bowel. The different pile areas are subjected to this same treatment. There is less danger of these different areas opening on manipulation than if the clamp and cautery operation has been done, yet there is some danger and for this reason the following operation for the greater part originated with Dr. Henrotin of Chicago can be performed. Each pile area is sized by the long narrow blades of a forceps especially devised for the purpose, very similar to the Kocher forceps. Runing with the blades is a groove against which the electro-thermic cautery can be applied to transmit heat to the blades. A forceps can be placed on each pile area generally 3, 4 or 5 at the most and the platinum heater can then be applied from one blade to another and after the pile areas have been properly cooked in this manner, the forceps can be removed. This method of operation avoids all manipulation that might reopen the clamped and cooked areas. On the removal of each forceps a little white ribbon will be found withing the anal opening running paralell with its axis.

N. B. Les clichés des figures mentionnées dans cette communication n'étant pas parvenus au Congrès, on n'a pu les reproduire.

DISCUSSION

Mr. H. A. KELLY (Baltimore): Je crois que la communication du Dr. Downes est très importante; il unit le principe d'écrasement avec une chaleur suffisant à bouillir les tissus.

J'emploie ces instruments dans le Johns Hopkins Hôpital et dans mon Hôpital privé.

Outre l'hémostasie sans ligature nous avons ici une stérilization des tissus infectés et la cloture des cavités comme dans la resection de l'intestin et l'enlévement de l'appendice.

LE CANCER DE L'UTERUS

par Mr. A. LAPTHORN SMITH (Montréal).

J'ai choisi ce sujet pour mon discours, parceque je crois que c'est dans ce champ que nous trouverons nos plus grandes chances pour sauver la vie à nos malades. Dans tous les autres départements de notre specialité, nous avons fait un progrés remarquable; dans le cancer seul nous sommes encore là ou nous étions il y a dix ans, si même nous n'avons pas tombé en arrière. Les resultas de nos opérations dans le cancer du Fundus de l'Uterus sont assez bons, quoiqu'ils seraient beaucoup meilleurs, si en opérait plus tôt; mais quant au cancer du Cervix Uteri, nos méthodes actuelles donnent une mortalité immedíate si desastreuse que plusieurs des opérateurs les plus habils du monde ont cessé d'opérer pour cette condition. L'auteur au contraire prend une vue tres optimiste croyant qu'il est possible, non seulement de sauver la vie de toutes les femmes atteintes, mais aussi de prevenir l'attaque de cancer et de l'enrayer completement de la liste des maladies.

Notre chemin n'est pas difficile à suivre; nous avons tout simplement à croire implicitement dans quelques axiomes et ensuite à agir selon eux sans une seule heure de délai plus qu'il en est absolument necessaire.

Le prèmier axiome c'est que toute femme portant un col de matrice dechiré est surtout sujette à mourir de cancer, tandis qu'au contraire, du moment qne cette déchirure est cousue, ses chances de mourir de cancer deviennent très petites. Emmet, qui est la plus haute autorité sur ce sujet, dit qu'il n'a pas jamais vu un cancer du col chez une femme qui n'a pas eu une dechirure du col causé ou par la tête de l'enfant ou par les instruments dans l'accouchement forcé, ou pendant une dilatation forcée faite pour la dysmenorrhée. Sur plusieurs centaines des cervix opérées pour la déchirure, l'auteur n'a jamais eu connaissance du developpement de cancer chez une seule d'elles. Ce doit être alors un devoir de conscience d'expliquer à toute les femmes, avant ou bientot après leurs accouchements, l'importance de cette question, afin qu'elles, non seulement consentent à être examinées, mais qu'elles cherchent même l'examen. Comment reconnaitre une dechirure? Le medecin qui examine la femme avec le speculum dira qu'elle à une ulcère du col, mais celui qui emploie l'examen digi-

tal sentira que *l'os uteri* est béant, qu'il y a un crochet sur chaque lèvre causé par l'éversion, et ce qu'on a pensé être une ulcère n'était que *l'Arbor Vitæ* du canal cervical tourné au dehors.

Une fois la dechirure reconnue nous devons insister qu'elle soit cousue, ou si c'est une dechirure très prononcée, nous devons faire l'amputation du col malade, ce qui est facile par la nouvelle methode de l'auteur, sans perdre du sang et sans laisser aucune trace de l'opération, et en même temps, rendant une dechirure impossible au prochain accouchement.

Ceci est important parceque beaucoup de femmes refusent d'être couses si la matrice doit être dechirée au prochain accouchement. La manière d'enlever le col dans ce cas consiste à faire une incisión dans la muqueuse du col immediatement en arrière de la dechirure, de saisir les deux lèvres dans des double crochets, et de reculer la muqueuse avec le doigt ou la manche du scalpel comme si on faisait une hysterectomie vaginale.

Après qu'on a exposé six à douze centimètres du col, on place une ligature sur les deux ligaments larges et en les coupe pres du col. Ce dernier alors peut être enlévé avec quelques coups de ciseaux et presque sans perdre une goutte de sang. Avec deux sutures en haut et en bas en réunit la muqueuse du col avec la muqueuse du canal cervical. Restent les deux incisions linéales qu'on ferme avec une couture coulante de catgut qui guérit genéralement par première intention.

L'auteur peut s'en rappeller d'un grand nombre de cas tristes ou les femmes ayant négligée de suivre son conseil urgent de se faire opérer, ont payée de leur vie comme amende, mais deux seules seron mentionnées. parcequ'elles sont sur le point de mourir au moment que ces pages étaient commencées et elles sont mortes avant que ce travail était fini. Hier une femme est arrivée dans l'ambulance à l'hôpital Samaritain mourante qu'on n'a pas vue depuis au delà de quinze ans. Elle dit que mes derniers mots alors étaient; «Si vous ne faites pas recoudre la matrice vous mourrez du cancer à l'age de quarante cinq ans. Elle a consulté un autre médecin qui lui a dit que ce n'était nullement nécessaire de se faire coudre la matrice et, prévu qu'il n'y avait pas de cancer dans sa famille, il n'y avait aucun danger pour elle. Cette opinion là la rendit heureuse dans une fausse securité, et quand elle a commencée à perdre encore après avoir eu la menopause à l'age de quarante deux ans, elle croyait que c'était sa seconde jeneusse. Quand les pertes devenaient effrayantes elle allait encore consulter des faux prophètes, et cette fois ci ils lui ont fait perdre une année precieuse en lui donnant des drogues au lieu de faire un examen im-

mediat. Au bout d'un an elle cessait de les croire et elle est venue consulter un médecin plus instruit qui a insisté sur l'examen et pour la première fois il a fait le diagnostique de cancer. L'extirpation vaginale était hors de la question. Le curettage etait fait le lendemain; toute la matrice et les ligaments larges étant solidifiées.

L'autre cas était une femme de seulement trente trois ans, à laquelle j'ai conseillé la suture d'une cervix dechirée la première fois qu'elle m'a consulté il y a deux ans. Ses affaires ne lui permettait pas de suivre mon conseil dans le moment mais elle m'a promis de revenir se faire opèrer au bout d'un an. Elle a gardé sa promesse et juste au quantième elle est venue faire ses arrangements pour l'opération sur le col dechiré. Trouvant à cet examen une grosse ulcération j'ai soupçoné le cancer mais je ne voulais pas ôter la matrice sans avoir mes soupçons confirmés par l'examen pathologique.

Le rapport de ce dernier à differentes reprises pendant trois mois n'était pas de cancer. Aussitot que les pathologistes eurent fait leur rapport de que c'était le cancer, l'uterus et les ovaires étaient enlevés; mais trop tard pour sauver la vie à la malade. Elle est morte de récidive.

Le second axiome que je vous prie d'accepter, c'est: Qu'on doit considérer toute femme victime du cancer de matrice, jusqu'à preuve contraire, lorsque qu' ayant passée la ménopause, comence à saigner encore, soit régulièrement soit irrégulièrement. C'est seulement depuis que moi et mes amis ont commencé à faire attention à ce symptôme, seul diagnostic, que je reçois des cas de cancer assez à bonne heure pour n'avoir pas de mortalité opératoire ni de retour de la maladie subséquemment.

Dans une semaine, j'ai enlevé, à l'Hôpital Samaritain, trois matrices pour cancer. La première femme était envoyée par le Dr. *Smythe*, et quoiqu'il ait fait son diagnostic en dedans de cinq minutes après l'avoir vue pour la première fois, et malgré que sa matrice fut enlevée en deux jours, aujourd'hui, six mois après l'opération, elle est morte, parcequ' au temps de l'opération, le cancer s'était déjà étendu au delà de la matrice quand celle-ci fut enlevée. Chez les deux autres qui furent opérées la même semaine, il n'y avait pas de douleur, pas d'écoulement fétide, pas de cachexie cancereuse; il y avait un seul symptôme, qui vaut tous les autres, c'était des hemorrhagies survenant chez une femme qui avait dépassé la ménopause. Dans un cas il y avait une petite ulcération dans l'angle d'une déchirure du cervix; mais quand la matrice fut enlevée et coupée en deux á travers cette plaie en pouvait voir facilement que le cancer avait rongé toute

l'épaisseur du col, moins un huitème de pouce. Cette femme n'est pas morte et je ne crois pas qu'elle meurt de cancer; elle vit aujourd'hui et parait en bonne santé. La troixième femme n'avait pas même une érosion du cervix, et mes assistants pouvaient à peine croire que j'enlèverais la matrice, seulement, parcequ' elle avait des hémorrhagies quelques années après la ménopause, le seul autre symptôme à part de celui-ci était l'augmentation de volume de la matrice, double de sa grandeur naturelle. Mais je l'ai enlevée, et plus tard, en la coupant en deux, c'était facile de voir l'ulcération rougeâtre qui provenait de l'hemmorrhagie; dans le voisinage de la corne gauche et envahissant la moitié de l'épaiseur de la paroi utérine. Elle aussi est parfaitement bien aujourd'hui. Maintenant, pourquoi attendre dans ces deux cas jusqu'à ce que la maladie ait eu le temps d'aller au-delà de la matrice, ce qui rend la mortalité des opérations plus grande et la mort ultime par le cancer certaine?

Le symptôme de l'hémorrhagie après que les règles naturelles ont cessées, est tellement grave qu'aucun médecin de moyenne intelligence ne peut manquer de la reconnaitre, et une fois reconnue, aucune excuse ne peut être acceptée si on n'agit pas sur ce soupçon, ni dans un mois ni dans une semaine, mais immédiatement. Quoique la chose paraisse paradoxale, en peu s'exprimer comme suit: Si vous attendez jusqu'à ce que vous soyez certain que la femme a du cancer de matrice, vous arriverez trop tard pour lui sauver la vie. Il faut enlever l'organe aussitôt qu'on soupçonne la présence du cancer, et même alors c'est déjà assez tard. Pardonnez-moi si j'emploie des termes très décisifs, mais je crois que c'est mon devoir de prier tout le monde de se joindre à cette croisade du vingtième siècle pour chasser ce monstre destructeur de notre milieu.

Un autre axiome qui s'adresse plutôt à la prévention qu'à la guérison du cancer, est celui-ci: Le cancer n'est pas une maladie héréditaire comme en l'a pensé, mais une maladie contagieuse. Je ne peux pas prendre de temps à présent pour prouver ceci, mais je vous assure que j'ai des preuves en monpouvoir qui convaincrait n'importe qui Ce n'est pas héréditaire; et si la fille d'une femme qui est morte de cancer contracte la maladie, c'est parcequ'elle s'est infectée pendant qu'elle donnait des soins à sa mère infectée. Nous devons avertir ceux qui ont soin des cas de cancer du danger qu'il y a d'étendre la maladie par contagion et, surtout nous médecins, devons être capables de dire que nous avons toujours désinfecté nos doigts au biclorure après avoir axaminé un cas de cancer avant de toucher une autre femme.

Ça été l'exception de trouver un de mes cas de cancer qui ait eu

des parents qui sont morts de cancer; et le plus tôt que l'idée d'hérédité disparaîtra ça sera mieux. Ces remarques s'appliquent aussi en grande partie au cancer du sein. J'ai opéré pour cette maladie environ vingt-cinq fois, et quoique quelques-unes de ces opérations fussent très étendues, j'ai eu la bonne chance de n'avoir jamais perdu une de ces malades. Toutes celles à qui j'ai enlevé le sein de bonne heure, parce qu'elles avaient une tumeur, parce que le mamelon était rétracté et parce que la femme avait environt quarante ans, sont encore vivantes, après cinq, dix et même vingt ans.

Mais, parmi celles qui ont attendu jusqu'à ce qu'il y eut présence additionnelle de glandes lÿmphatiques, envahies dans l'aisselle, quoique toutes soient revenues de l'opération il n'y en avait pas une seule qui survivait au bout de deux ans malgré que j'aie enlevé les deux muscles pectoraux, et toute trace de la graisse et des glandes axillaires. Plusieurs des médecins qui m'ont envoyées ces cas m'ont dit qu'ils les auraient envoyés plus tôt, mais qu'ils attendaient jusqu'à ce qu'ils fussent certains que c'était du cancer. Ce n'est pas étonnant alors que je ne suis pas d'opinion d'attendre, puisqu'à la fin, l'opération ne fait aucun bien. Il n'y a pas longtemps, il y a eu une discussion sur ce sujet devant une société de médecine bien connue; l'opinion exprimée par tous les chirurgiens de la plus grande experience était que tout sein contenant une tumeur, doit être enlevé au plus tôt si la femme aproche l'age de quarante ans, parcequ'alors même les tumeurs bénignes deviennent malignes très souvent.

DISCUSSION

Mr. J. L, FAURE (París): Je crois aussi qu'il est bon de soigner le col uterin malade parce qu'évidemment ceux-ci sont parties culminantes prédisposés au developpement du cancer. Mais notre confrere exagère lorsqu'il dit que les cols ulcérés sont susceptibles de devenir cancereux. Il y a souvent des cancers chez des femmes sans enfants. Il y en a même chez des vierges.

Nôtre confrere exagère encore lorsqu'il dit que toute femme ayant dépassé la ménopause et qui éprouve des hemorragies est atteinte de cancer. Non, il y à de vieilles métrites, il y a des polypes intra-utérins qui donnent des hemorragies et qui ne sont pas des cancers.

Sans doute le cancer est parasitaire. Cela me parait évident mais il est peu contagieux, et je crois notre confrére trop optimiste lorsqu'il pense que dans vingt ou trente ans nous ne le serons plus parce que nous saurons nous mettre à l'abri des causes de contagion.

Il est possible que les sérums dans lesquels je n'ai actuellement au-

cune confiance donnent plus tard des résultats, mais je ne crois pas à l'èfficacité de la suppression des causes de contagion.

En revanche notre confrere est trop pésimiste lorsqu'il dit que tout cancer de l'uterus déclaré est incurable. Il n'y a pas de cancer incurable; sans doute ils récidivent, mais les résultats sont souvent meilleurs, qu'on ne pourrait le croire, et j'ai en ce moment deux femmes opérées dans des mauvaises conditions qui sont dans un état de santé parfaitc depuis quatre ans ou quatre ans et demi.

TRATAMIENTO PALIATIVO DEL CANCER UTERINO AVANZADO

por el Dr. SUAREZ GAMBOA (México).

El útero, órgano altamente importante en la organización de la mujer, no es, sin embargo, un elemento indispensable para la evolución intrínseca de la vida femenina. La mujer, con su pelvis desprovista del útero, es susceptible de vivir perfectamente. Un traumatismo, un neoplasma ó un fenómeno patológico cualquiera, que destruya en su totalidad la matriz de una mujer, no producirá la muerte de la enferma, en tanto que los trastornos nutritivos directos ó los procesos derivados de la lesión primitiva, permanezcan exclusivamente limitados al órgano de la gestación. Aplicando esta ley general al cáncer uterino podremos decir: *Que un cáncer uterino absolutamente limitado al órgano donde nació, y evolucionando sin producir desórdenes generales ni trastornos orgánicos en el resto de la economía, es compatible durante muy largo tiempo con la vida de la mujer, que lo alberga en su seno.*

Desgraciadamente, esta regla que en materia de cáncer uterino podemos considerarla como soberbia utopia, puede absolutamente considerarse como una manifestación imaginaria de un neoplasma ideal: en la clínica, al lado de los enfermos reales, encontramos el cáncer uterino como un padecimiento esencialmente difusible, como un neoplasma que por sus prolongamientos germinales, sus metastasis vasculares, y sus lesiones infecciosas peritoneoplásicas, adquiere una tendencia altamente generalizadora y por consecuencia segura y rápidamente mortal.

Seguramente que el cáncer uterino, como todos los neoplasmas en general, comienza siempre como un proceso perfectamente limitado

y bien definido, en una zona circunscrita del tejido uterino. Este período de iniciación del proceso neoplásico, perdido entre los misteriosos fenómenos del metabolismo íntimo del útero, corresponde al dominio de la cirujía netamente radical. Es por él que las discusiones en Congresos y Agrupaciones médicas van adquiriendo la normalidad de un acuerdo definitivo. Las grandes extirpaciones orgánicas, los ataques directos al neoplasma y las precauciones quirúrgicas tomadas sobre los aparatos linfáticos pélvicos, nos indican que el acuerdo entre los cirujanos va acentuándose día con día, que las intervenciones radicalmente curatrices en el cáncer uterino incipiente, van haciéndose más regulares y que las exploraciones ginecológicas y las investigaciones clínicas van acentuando la tendencia á sorprender al neoplasma epitelial del útero en sus primitivas manifestaciones. Pero desgraciadamente tan imposible es al clínico acertar con el momento crítico en que la celdilla epitelial uterina pierde sus caracteres normales para adquirir la virulencia de los epiteliomas malignos, como atinar el momento clínico en que una vez el epitelioma ya constituído abandona los límites francamente uterinos para perderse en la atmósfera orgánica que rodea el órgano donde se inició su proceso. Es tan difícil plantear el problema de la intervención radical al iniciarse los verdaderos fenómenos del carcinoma uterino, como atinar la oportunidad clínica en que esta intervención radical deja de serlo, por motivo de la difusión anatómica de las lesiones, para transformarse en paliativa.

La aplicación del microscopio á la clínica, cada día más lata y más normalizada, permite sorprender con más frecuencia al cáncer uterino que se inicia, y las operaciones por cáncer uterino incipiente son mas conocidas, y las estadísticas, sobre todo americanas y alemanas, cada vez más halagadoras. El precepto clásico para plantear la necesidad de las intervenciones radicalmente curatrices, una vez bien desarrollado el neoplasma uterino epitelial, parece haber sufrido una seria modificación desde las últimas enseñanzas del reciente Congreso Ginecológico de Roma. Wertheinn, el notable cirujano alemán, intenta con éxito la cirujía radical del cáncer uterino extralimitado del útero y los cirujanos ginecólogos de su escuela, no vacilan en atacar briosamente los prolongamientos pélvicos y viscerales del tumor uterino. Se acentúa una tendencia á revivir el método antiguo del clásico vaciamiento de la pélvis, que parecía tan justamente abandonado ya.

Pero de todas maneras, á pesar de la intrepidez y de la confianza de Wertheinn y de sus discípulos para atacar el cáncer uterino en

sus periodos de evolución avanzada, no queda menos cierto que hay un inmenso grupo de enfermas que se nos presentan en las clínicas tanto públicas como particulares, con lesiones cancerosas de la matríz, en períodos de tal manera avanzados en su evolución, que están fuera del alcance de la cirugía curatriz, racionalmente hablando. No es este el lugar ni la ocasión para extenderme en consideraciones acerca de esta desproporción que existe en la clínica diaria, entre los casos de cáncer uterino incipiente, que logramos observar, y los de cáncer uterino avanzado que con tanta frecuencia encontramos. Bástalo, actualmente, á mi intención, señalar por ahora que el gran grupo de cánceres uterinos observados, tanto en el gabinete del ginecólogo como en las salas de los hospitales, corresponde en su inmensa mayoría al de los cánceres uterinos avanzados y complicados. Este grupo de enfermas, casi siempre fuera del recurso de la cirugía francamente curatríz, es el que parece llamar menos la atención de los cirujanos y al que he dedicado yo especialmente toda mis energías, y en nombre del cual imploro vuestra atención para mis palabras y vuestro concurso experimental para la ampliación de una estadística que en caso de analogía con la que hoy me honro trayendo ante vosotros, nos permitirá llegar al cáncer uterino la frase clásica de los Asclepiades: «aliviar es una obra divina.»

Es incuestionable que en todos los casos de patología terminando necesariamente por la muerte, el clínico que procura alejar el funesto desenlace debe dirigir sus investigaciones sobre los mecanismos íntimos que produce la cesación de la vida y analizar sus recursos terapéuticos para definir si posee los medios de modificar ó de transformar esta sucesión de actos morbosos que deben conducir irremisiblemente á la muerte.

La muerte de las enfermas de càncer uterino, es un conjunto de fenómenos de tal manera variados que sería ilusorio pretender constituir un cartabón bien definido, de todos ellos. Sin embargo, si se analiza este conjunto morboso, y se siguen paso á paso las observaciones funestas se podrá reunir una serie de cuadros clínicos bastante análogos y una colección de autopsias lo suficientemente rica, para normalizar las causas de las muertes de las enfermas, alrededor de tres agrupaciones tipos, que, aunque observadas rara vez aisladas, imprimen la característica de sus manifestaciones en cada caso particular.

Estos tres grupos de modalidades clínicas, extraídos de la manera de morir más frecuente en las enfermas de cáncer uterino, son las siguientes:

A.=La expoliación, aguda ó crónica, del aparato vascular.

B.—La saturación de la economía, por productos eminentemente tóxicos, ó inaceptables para la vida celular de los tejidos.

C.—Las lesiones directas que trastornando el funcionamiento de los órganos esenciales para la vida, hacen ésta imposible por esencia.

El solo enunciado de esos tres grupos, define de una manera perfecta y clara, el mecanismo de su acción.

El aniquilamiento nutritivo, ocasionado por las pérdidas constantes de sangre, sea revistiendo el carácter de las grandes metrorragias, sea bajo la forma de las hemorragias crónicas y de todas sus complicaciones, es demasiado trivial en nuestra práctica para que procure yo insistir sobre él. A nadie se le ocultará que al perder las enfermas su sangre, pierden con ella la vida.

La acumulación de productos tóxicos en la economía, reconoce dos orígenes principales. O el neoplasma uterino, obrando directamente sobre los órganos de eliminación, impide la salida de las toxinas que normalmente la economía produce en sus fenómenos de desasimilación, y entonces la toxemia es por retención ó toxemia endógena; ó la absorción al nivel del foco neoplásico es de tal manera intensa, que no bastan los emontorios naturales para dar salida á los productos septisémicos, que se acumulan, naturalmente, en el organismo y se produce entonces una intoxicación por absorción ó intoxicación exógena, La primera modalidad, frecuente en la compresión neoplásica de los ureteres, y en las infecciones renales ascendentes, [adquiere casi siempre el tipo de la uremia crónica. Las segundas, originadas por las fermentaciones celulares verificadas en la superficie del neoplasma uterino, y por las transformaciones biológicas de los microrganismos de todas naturalezas que pululan en las vías genitales anormalmente funcionando, constituyen el tipo clásico de la verdadera septicemia.

Pero sea endógena ó exógena la intoxicación, no es menos funesta en sus resultados, y el ataque directo que lleva al metabolismo general de la nutrición, ocasiona de una manera cierta la destrucción total de la armonía funcional anatómica que se nos manifiesta al exterior como la vida de un ser.

He dicho ya, que la destrucción del útero era perfectamente compatible con la vida; pero de este útero destruido parten emisarios neoplásicos autonómicos á todos los órganos de la economía, sin distinción de función ni de calidad. Que estas embolias cancerosas lleven su desastrosa influencia á los órganos que como el cerebro, el corazón, ó los pulmones, son de integridad esencial para la vida, y la muerte se verifica por una verdadera imposibilidad mecánica para la existencia. Estas lesiones de lejanía, por fortuna poco frecuentes en el

cáncer uterino, están completamente extralimitadas del alcance del cirujano. Tanto por la imposibilidad de combatirlas, como por los profundos trastornos que ocasionan, nuestro papel se limita exclusivamente á procurar el evitarlas. Prevenirlas es nuestra misión; una vez desarrolladas, resignarnos á ellas es nuestro recurso.

Un cáncer uterino, á quien se le pudiese teóricamente suprimir su triada desastrosa, de las hemorragias, la infección y la generalización, sería un padecimiento de largo tiempo compatible con la existencia de la mujer. Es inconcuso que la aspiración mayor del cirujano será siempre separar el neoplosma, del organismo en que se ha constituido dominador parásito. Las extirpaciones absolutamente totales de los cánceres, son hasta ahora un problema en cirugía difícil de resolver en la práctica. Pero si la extirpación total de un cáncer nacido del útero, no siempre es factible en la clínica; si nuestros medios quirúrgicos son insuficientes para suprimir totalmente un cáncer en ciertas condiciones, en cambio felizmente, son bastante aptos para modificar la evolución de este cáncer, para suprimir sus efectos dominantes y para colocar el organismo femenino en condiciones favorables de resistencia y en un medio adecuado que le permita haeer más llevadera la existencia á pesar del tremendo huésped que en su vientre se aloja.

Evitar que el cáncer uterino destruya la continuidad del aparato vascular, es imposible; pero podemos poner el aparato vascular perineoplásico, en condiciones tales que su perforación ó su destrucción no se acompañen necesariamente de grandes pérdidas sanguíneas. Si suprimimos la circulación activa en las grandes arterias que irrigan la pélvis, si sostenemos exclusivamente en los pequeños capilares del útero y de sus cercanías un ligero movimiento en la sangre, las condiciones de presión y de velocidad que imprimen tan alto carácter en las hemorragias, estarán aquí absolutamente abolidas.

Si mecánicamente limpiamos la cavidad de la matriz de las materias orgánicas en putrefacción que la invaden; si de la misma manera destruímos las anfractuosidades del tumor, si arrancamos todas las yemas frágiles, verdaderas esponjas de toxinas y llevamos un agente enérgico que como el calor pueda profundizar las capas superficiales resistentes del tumor, podremos modificar profundamente y en un sentido altamente favorable, la intoxicación exógena, que tan grave ataque da á las enfermedades de cáncer uterino avanzado.

En lo relativo á la intoxicación endógena, y principalmente cuando reconoce por origen lesiones profundas del parenquima renal, tendremos que confesar que salvo algunas tentativas en el régimen dietético de la enferma, somos impotentes para luchar con ella.

Mas árduas y difíciles son las reflexiones que surjen al meditar sobre la manera de combatir los fenómenos de crecimiento rápido y de generalización del cáncer uterino. El útero, órgano esencialmente vascular y dotado de una actividad intersticial poderosa, acepta admirablemente las condiciones de aquella regla clínica que quiere que los tumores malignos evolucionen muy rápidamente en los órganos poderosamente irrigados y activamento en función. Basta considerar la matriz en sus grandes fenòmenos íntimos catameniales; sòbranos con recordar la intensidad de los fenómenos reflejos que partiendo de los órganos genitales internos, ovario y trompa, van á terminar en el órgano uterino bajo la forma de flujos sanguíneos y de excitaciones celulares, para que sin querer agregarle más causas de hiperfunción á los tejidos que constituyen la matriz, nos sea suficiente para calcular como un neoplasma maligno puede encontrar favorables condiciones para su desarrollo, en ese expléndido teatro de biología, que llamamos la matriz. Y si separando por un análisis cuidadoso los diversos segmentos anatómicos que constituyen ese órgano, reflexionamos sobre la susceptibilidad variada de cada uno de ellos en particular, para dejarse invadir por las celdillas epiteliales anormalmente funcionando, reconoceremos, con absoluto acuerdo que es la mucosa, externa é interna, la que presta mayor contingente á la desastrosa marcha de los cánceres uterinos. Parecería a priori, que las grandes actividades circulatorias y las potencias vitales exaltadas de las celdillas, podrían en la marcha invasora de los tumores oponer la misma barrera, resistente y poderosa, á la peregrinación de las celdillas específicas neoplásicas, como estamos acostumbrados á juzgar, en las peregrinaciones de esas otras celdillas específicas, no neoplásicas, que llamamos microbios y que constituyen la infección. De ninguna manera.

Sea por la analògía bioquímica de los elementos puestos en contacto, sea por otras causas que no son de mi resorte definir, el hecho práctico, el fenómeno tangible, es que no solamente las celdillas de los tejidos no oponen resistencia á la invasión de las celdillas del neoplasma, sino que por el contrario contribuyen con todas sus energías, facilitan todos sus medios de nutrición para el crecimiento, la pululación y la extensión de todos los elementos constitutivos del funesto neoplasma epitelial.

Paradojal á primera vista es el hecho siguiente: mientras más se disminuye la circulación sanguínea en los tejidos que rodean un neoplasma epitelial; mientras más se debilitan las reacciones biológicas de esos tejidos, mientras más, en una palabra, se abaten las energías y la vitalidad de ellos, es decir, mientras menos resistencia aparente

se les concede para una lucha de nutrición, más resistencia ofrecen á la marcha de los neoplasmas epiteliales, y más dificultades encuentran las celdillas cancerosas para crecer, evolucionar y atravesar esos tejidos languidecientes.

Los fenómenos de generalización del cáncer uterino podrán, pues, ser temporalmente paliados suprimiendo las dos comunicaciones poderosas que existen entre el tumor y el resto del organismo, á saber: el aparato circulatorio y las aptitudes para dejarse invadir de los tejidos periféricos al tumor.

La resolución del problema planteado antes, á propósito de la aceptación del organismo femenino durante largo tiempo, para la presencia del cáncer uterino en sus períodos avanzados, parece surgir despues de todas estas consideraciones como el resultado necesario de concepciones intelectuales verdaderas. Hay tal armonía entre los medios de combate quirúrgico, contra los tres signos mortales descritos ya en el cáncer uterino avanzado que por la reunión de ellos podemos constituir un procedimiento terapéutico aplicable á la vez para todos.

Basados nuestros esfuerzos en la anemia intensa del útero y de la pelvis en general, en el abatimiento de las reacciones vitales de los elementos anatómicos que constituyen la matríz y su periferia, es á la supresión de la corriente sanguínea y de los reflejos neuro-vasculares á donde debemos dirigir toda nuestra atención. Lo primero, es facil de realizar, basta ocluir los canales arteriales principales que irrigan la matriz y sus dependencias, la arteria hipogástrica y la arteria utero-ovárica, de los dos lados. Más difícil de llenar es el segundo precepto. Los reflejos neuro-vasculares genitales, teniendo un elemento poderoso de producción, como lo es el centro génito-espinal, enteramente fuera de nuestro alcance, no podremos abatirlos tan profundamente como quisiéramos. Tendremos que conformarnos con suprimir, exclusivamente, los nacidos en la propia pelvis. y para esto la castración bilateral es nuestro mejor y más eficaz recurso.

La castración, es una operación sencilla, que no hace ni más ni menos peligrosa la ligadura de los vasos arteriales arriba mencionados.

Hace algunos años publicaba yo en la ciudad de México mis primeras impresiones sobre el tratamiento del cancer uterino inoperable; después presenté en el tercer Congreso Médico Pan-Americano reunido en la Habana, recientemente, y en el que tuve la inmerecida honra de presidir la Sección de Ginecología, una serie curiosa de enfermas tratadas con éxito favorable por mi procedimiento. Hasta entonces yo tenía la creencia de obtener la primacía en este método, pero rebuscando en la literatura ginecológica he encontrado documentos que

atestiguan los trabajos de los señores **Kelly, Pryor, Hartmann et Fredet, Roux de (Laussanne), Tuffier y Baungarthen**, con resultados siempre variables y poco susceptibles para consolidar una resolución.

Los fenómenos que se desarrollan en la pelvis, una vez ligadas las arterias iliacas internas y las útero-ováricas, son de facil concepción. Desde luego, y dominando todos los demás acontecimientos, el primer fenómeno que se verifica es la anemia considerable de todos los órganos encerrados en la cavidad de la pequeña pélvis.

El hecho clínico siguiente comprueba este resultado. Cuando una vez ligadas las cuatro arterias en cuestión y cerrada la cavidad del vientre, se procede á la desinfección enérgica del tumor por medio del raspado de su cavidad, se observa que no obstante que la cucharilla muerde en plenos tejidos cancerosos, que arranca fragmentos de mucosa uterina, alterada ó sana, y que los vasos propios del tumor y peculiares al endometrio se hallan ampliamente destruídos, el escurrimiento sanguíneo que se obtiene queda limitado á algunas cuantas gotas. Fragmentos de tumor, colgajos de mucosa, todo sale revuelto y confundido, pero pálido y exangue. El líquido del lavado sale limpio, la superficie del útero queda blanca.

La cavidad de la matriz, perfectamente limpia bajo la acción de la cucharilla cortante, presenta una superficie lisa perfectamente homogénea; el aspecto del tumor, antes sangriento, sucio y fungoso, se presenta ahora como el de una ulceración lisa, limpia y aséptica relativamente.

El cáncer uterino ha sido transformado en una ulceración aséptica sobre un órgano limpio y exangüe.

No obstante las profundas perturbaciones impresas á la circulación uterina, la gangrena no sobreviene en este órgano. En todos los casos que constituyen mi estadística, jamás he observado la gangrena. La nutrición, extrictamente indispensable para sostener la vitalidad en su grado mínimo sobre los elementos celulares de la matriz, se halla asegurada por la escasa circulación sanguínea que las arterias colaterales pélvicas sostienen. Las hemorroidales de la arteria mesentérica inferior se anastomosan ampliamente con las hemorroidales que surgen de la hipogástrica; el ramo obturatriz de la arteria iliaca interna comunica ampliamente con la arteria anastomótica, importante rama de la arteria iliaca externa; la aorta lleva sangre á las sacras laterales de la hipogástrica por medio de su prolongamiento denominado arteria sacra mediana; la rama lumbar de la iliaca se comunica con las lumbares que proceden directamente de la aorta, y por último, los

ramos glúteo, isquiático y pudendo interno de la hipogástrica, se comunican á su vez con la arteria femoral por medio de las colaterales que llamamos circunflejas y pudendas.

Como se ve, la pélvis no queda absolutamente desprovista de circulación después de la ligadura de las arterias hipogástrica y útero-ovárica; pero esta circulación, pasando al través de un sistema porta rudimentario carece de la energía suficiente y del caudal indispensable para sostener la enorme avidez de principios nutritivos que caracterizan á las neoplasias malignas.

No pretendo ocuparme aquí de la anatomía peculiar de las arterias hipogástrica y útero-ovárica; está admirablemente considerada en todos los tratados clásicos de la materia y debe estar no menos bien detallada en la imaginación de todos aquellos que me honran al escucharme.

Pero hay algunos detalles de relaciones topográficas poco conocidos, que son un precioso recurso para el operador. De ellos sí necesito ocuparme.

Cuando se hace la exploración de las arterias hipogástricas, puede uno convencerse que la bifurcación de las arterias ilíacas primitivas se realiza casi siempre al nivel del borde inferior de la última vértebra lumbar, á treinta y cinco milímetros de la línea media, para la hipogástrica derecha y á cuarenta y ocho ó cincuenta milímetros de la arteria izquierda del mismo nombre. La arteria llíaca, nace siempre un poco más hacia afuera de la línea media que su congénera á la derecha. Desde que nace la arteria hipogástrica se dirige hacia la pelvis y se hunde en ella. Colocada al principio verticalmente sobre el borde interno del haz muscular grueso que constituye las fibras del psoas, al pasar por el estrecho superior de la pelvis, describe una curva cuya concavidad va ligeramente hacia atrás y hacia abajo, y comienza desde aquí á lanzar numerosas colaterales cuyos nombres no necesito recordar.

Quirúrgicamente, el borde del estrecho superior de la pelvis divide á la arteria hipogástrica en dos segmentos el uno, superior, y el otro inferior; el uno sin colaterales, y el otro la zona de multiplicación colateral; el primero interesando exclusivamente al cirujano, el otro del resorte exclusivo de la anatomia. El lugar de elección para la ligadura de la arteria hipogástrica, está limitado hacia arriba por el ángulo sacro-vertebral, y hacia abajo por el reborde marcado del estrecho superior. Este segmento quirúrgico de la ilíaca interna mide comunmente de treinta á cuarenta milímetros.

Se halla colocado próximamente sobre el mismo trayecto de la ar-

teria ilíaca externa, formando un triángulo en la gran mayoría de las veces con la dirección normal del ureter. El peritoneo cubre estos tres órganos, presentando el ureter la peculiaridad de hallarse envuelto por la fascia subperitoneal, lo que explica que cuando el cirujano hace la incisión de la hoja posterior del peritoneo y separa los labios de esta incisión para descubrir los órganos profundos, el ureter se halla arrastrado por sus conexiones con la serosa peritoneal y queda fuera de la vista del operador.

La arteria ilíaca interna reposa directamente sobre el alòn del sacro, al lado interno del músculo psóas; abajo de ella directamente está colocada la gran vena hipogástrica, y arriba la gran vena ilíaca primitiva. El tronco lombo-sacro está más profundamente á un centímetro afuera de la arteria; el nervio simpático està mucho más interno.

Superficialmente, la hipogástrica está cubierta por el peritoneo. La arteria hipogástrica izquierda, debido á la presencia de la foseta peritoneal intersigmóidea, presenta relaciones más complicadas por la serosa peritoneal. Para mayores ampliaciones respecto á la anatomía de la foseta intersigmoidal, puede consultarse el magnífico trabajo de los Sre. E. Quenu y P. Duval, publicado el año 1900 en el periódico francés *La Gynecologie*.

La técnica de la ligadura de la arteria hipogástrica es por demás sencilla y perfectamente soportable en el gran número de las cancerosas avanzadas.

El uso del plano inclinado facilita singularmente las maniobras.

Se practica una laparotomía mediana que desciende hasta la sínfisis del puvis, cuidando las cercanías de la vejíga.

Dos separadores anchos abren suficientemente los bordes de la incisión abdominal; grandes compresas de gasa aislan las masas intestinales protegiéndolas del aire y de la luz.

El dedo índice va, inmediatamente, en busca del promontorio, sigue su reborde hacia la derecha, encuentra el alón del sacro y un poquito más hacia afuera se halla detenido por el haz muscular grueso de las fibras del psóas. A este nivel precisamente en el ángulo formado por el músculo psóas y el alón del sacro, con una pinza de ganchos toma un pliegue de la serosa peritoneal y cuidadosamente con las tijeras practica una incisión sobre el peritoneo, de tres á cuatro centímetros de extensión, y paralela á la dirección del vaso que se va á descubrir.

Se despega con la extremidad del dedo índice, los labios externo é interno de esta incisión, y en el fondo de la abertura obtenida se sienten latir y se ven claramente los dos vasos iliacos secundarios, la arteria iliaca externa y la hipogastrica.

Se desnuda cuidadosamente esta última cargándola con la aguja que lleva el hilo de ligadura de dentro hacia afuera á fin de evitar la herida de la iliaca interna.

La ligadura se colocará sobre la hipogástrica á un centímetro ó centimetro y medio del punto de su nacimiento, es decir, antes del punto en que da su primera colateral. Es condición indispensable para el buen éxito de la empresa que el cirujano persigue, que la ligadura de la hipogástrica se haga precisamente arriba de todas las colaterales. Es una precaución digna de recomendarse que un ayudante coloque sus dedos sobre la arteria femoral de la enferma del lado correspondiente á la ligadura á fin de que vigile la persistencia de las pulsaciones arteriales después de haber practicado el operador la ligadura. Nada es más fácil que la confusión de los dos vasos iliacos externo é interno, en el punto elegido para practicar la ligadura.

Para la ligadura de la arteria hipogástrica izquierda el cirujano tendrá que vencer algunas ligeras dificultades cuando el mesocolon sigmoideo es corto en cuyo caso tendrá que pasar al través de él.

La ligadura de las arterias útero-ováricas, la practico compren diéndolas en los muñones de ligamento ancho que resultan cuando practico la castración bilateral.

La castración bilateral es un complemento utilísimo, á la ligadura de las hipogástricas y de las útero-ováricas, en el tratamiento de las enfermas de cáncer uterino avanzado. Por lo regular casi todas las cancerosas presentan lesiones anexiales bilaterales intensas. Sean estas lesiones la denuncia de procesos infecciosos uterinos antiguos, sean perturbaciones nutritivas directas de los propios anexos, el hecho constante es que lo menos en un ochenta por ciento de los casos que he operado de enfermas con cáncer uterino avanzado, estas lesiones se han presentado con toda regularidad. Varían desde los procesos mitigados de las ovarítis micro-quísticas y poli-quísticas, desde las salpingitis sin retención hasta los grandes salpinx adherentes y de todas naturalezas.

Es preciso que esta castración, no sea una maniobra que complique el pronóstico operatorio de la intervención general. Cuando las lesiones anexiales sean sencillas, ó cuando complicadas sean fácilmente enucleables, bastará pasar un hilo por la base del ligamento ancho, y con un nudo tomar dos ó tres porciones de él, hasta ligarlo en su to talidad para quitar los anexos enfermos en dos ó tres golpes de tijera. Los anexos sanos, son extraordinariamente fáciles de quitar. Cuando las lesiones anexiales sean de tal naturaleza que la disección sea laboriosa ó complicada y que el traumatismo peritoneal se sospeche muy

intenso, me limito yo, para no complicar aun una operación meramente paliativa, á poner una ligadura sobre la raíz de las trompas y sobre el tercio superior del ligamento ancho, cerca de su inserción al útero, una fuerte ligadura con seda gruesa, que impida el paso de la sangre que viene de la útero-ovárica al cuerpo del útero. Las bolsas anexiales purulentas, las abro y canalizo por la vagina.

Una vez practicadas las cuatro ligaduras correspondientes á las dos hipogástricas y á las dos útero-ováricas, y practicada la castración en todos los casos que sea posible, cierro rápidamente la herida abdominal y paso á terminar la intervención por la vagina.

Un raspado enérgico y cuidadoso de toda la cavidad de la matriz y de las anfractuosidades del neoplasma, la exición por medio de las t jeras de todas las yemas voluminosas y de los prolongamientos flotantes del tumor; grandes cauterizaciones por medio del termo sobre toda la superficie neoplástica, ya alisada con la labor de la cucharilla y de las tijeras, abundantes irrigaciones con soluciones fuertemente antisépticas y una curación vaginal y uterina bien puesta, termina la intervención.

Cuando las ligaduras han sido bien puestas y han producido todo su efecto, esta desinfección enérgica, por la vagina, se hace enteramente en blanco y sin dar lugar al menor escurrimiento sanguíneo.

La prática de las ligaduras atrofiantes, con la castración y su complemento vaginal, es una operación en la gran mayoría de los casos sencilla, poco peligrosa y que no agrava de una manera sensible el pronóstico terrible de las enfermas que llevan en su seno los estragos avanzados del cáncer uterino. Los resultados obtenidos por ella, según puede verse en la presente estsdística que acompaño, son halagadores. No creo que deba retrocederse ante la idea de su ejecución.

Las complicaciones operatorias, en la actualidad, puede decirse que son excepcionales. Sólo una vez recuerdo haber tropezado con grandes dificultades para la práctica de la ligadura de la hipogástrica derecha en una enferma portadora de un enorme ganglio linfático infartado, cuyo volumen igualaba casi al de un huevo de gallina y que, situado precisamente en el punto de bifurcación de la arteria ilíaca primitiva, tenía grandes adherencias con los vasos ilíacos secundarios. Esta complicación no he vuelto á observarla en ningún otro caso. Alguna vez practicando en la ciudad de Jalapa esta ligadura ante el Cuerpo de cirujanos del Hospital civil, la aguja de que yo me servía desgarró la vena hipogástrica derecha, sea por una alteración intercurrente del vaso, ó sea por la precipitación con que yo operaba, pues trataba de reducir la duración de mi intervención á su mínimum más extricto. La

hemorragia, al principio, pareció formidable; pero pude dominarla prontamente, y la enferma curó de su intervención abdominal sin volver á presentar ningún accidente.

Fuera de estos dos casos relatados, todas mis demás intervenciones de esta naturaleza, han sido enteramente sencillas y de extraordinaria facilidad en su ejecución.

Algunas vaces, como ligera complicación tardía, he visto sobrevenir una diarrea de tres ó cuatro días de duración y que se presenta por lo común, sin causa aparente, del segundo al tercer día después de la operación. Esta diarrea, que yo he imputado á ligeros trastornos nutritivos de la extremidad inferior del intestino, cede rápidamente con la dieta lactea exclusiva. Jamás he observado trastornos del lado de la vegiga, ni accidentes serios intestinales ó vaginales que pudiesen hacerme pensar en la formación de alguna escara ó de placas gangrenosas en cualquiera de los órganos situados en la cavidad de la pequeña pelvis.

La intervención que acabo de describir para el cancer uterino, puede hallarse en su ejecución y sencilla en su pronóstico. No complica de ninguna manera el estado general de las cancerosas uterinas avanzadas; por el contrario bajo su influencia las hemorragias se detienen, los escurrimientos vaginales serosos cesan; la infección desaparece y las fuerzas de la enferma se levantan rápidamente. El cáncer no ha desaparecido; yo no creo en las observaciones publicadas de cánceres uterinos retrocediendo ante la influencia de las ligaduras atrofiantes, hasta el grado de desaparecer. Lo que si sucede, es que el neoplasma pierde gran parte de su actividad, que las enfermas luchan mejor con él porque su estado general se sostiene mejor y porque la vida se hace más largo tiempo tolerable con un tumor que no sangra, que no infecta, que no agota y que permite á las pacientes la vuelta á la vida social.

Cuando las infelices cancerosas pierden la vida día á día, víctimas fatales del espectro rojo; cuando á causa de sus escurrimientos vaginales de una virulencia y de una fetidez extraordinarias, se hallan rodeadas de una atmósfera pestilencial y repugnante; cuando la infección las abraza en una constante fiebre haciendo de sus noches largos periodos de insomnio y de dolor; cuando parecen abandonadas por todos los recursos del arte médico y fuera del alcance de la acción de los cirujanos, estas infelices, la mayor parte abandonadas al uso de su jeringa de inyecciones hipodérmicas y á la intoxicación crónica de la morfina, encontrarán en la operación que he tenido el honor de describir ante vosotros un buen recurso para aliviarse de sus miserias orgánicas

y un buen mèdio de obtener un plazo mayor de vida en condiciones aceptables.

Solo una contraindicación formal he encontrado yo para la práctica de las ligaduras atrofiantes y la castración: la existencia de lesiones renales graves. En estas condiciones los peligros de la anestesia clorofórmica, serían mayores que las ventajas obtenidas por la intervención.

La estadística final que acompaño á este trabajo, cuyos comprobantes existen en la documentación oficial de los hospitales, Morelos, de México, en el que tengo la honra de ser cirujano; hospital civil de Jalapa, donde he tenida el honor de operar en el servicio del señor doctor Luis Espinosa, en el hospital civil de Orizaba, en el servicio del Sr. Dr. Nicolás Mendiola, en la casa de salud del Dr. Miguel Mendizábal, y en mi sanatorio particular, que tengo establecido en la ciudad de Méxíco, es una brillante prueba de los verdaderos progresos obtenidos en la lucha contra el cáncer, por el método que hoy tengo la honra de presentar ante vosotros.

Si los resultados estadísticos obtenidos por mí, si los trabajos ya mencionados de Baungarthen, de Tuffier, de Pryor, de Hartmann y Fredet, y los de nuestro cirujano americano Kelly, consiguen atraer la atención de vosotros hacia un punto tan importante como lo es en la clínica ginecológica el tratamiento del cáncer uterino avanzado, consideraré satisfechas todas mis aspiraciones.

TRAITEMENT DES FIBRÔMES ET PREVENTION DES NEOPLASMES PAR LA PHYSICOTHERAPIE

par Mr. J. A. RIVIERE (Paris)

Le regretté Apostoli a fait connaître par son labeur persévérant, les résultats rapides et durables fournis par l'électrolyse dans le traitement des fibrômes utérins. Cette méthode supprime la douleur et les hémorrhagies, diminue souvent le volume des fibrômes, arrête leur évolution, favorise leur régression et semble hâter aussi l'instauration de la ménopause, qui atrophie la tumeur fibreuse et rend ordinairement tout éffort thérapeutique superflu.

L'électrothérapie constitue un grand progrès dans la cure des fibrômes. Mais Apostoli et ses élèves ont été peut-être trop exclusifs en préconisant uniquement l'électrolyse, et parfois un peu imprudents en employant de trop hautes intensités.

Après douze ans d'expérience, je crois pouvoir recommander ma méthode personnelle, douce, progressive et surtout éclectique, comme fournissant les meilleurs résultats pratiques, à l'abri de toute surprise désagréable.

Le diagnostic étant fait, j'applique, la première semaine, une séance de courants continus, de 10 minutes à un quart d'heure au maximum, avec 25-30 milli-ampères. Après cette séance, je place sur le col un tampon ouaté chaud imbibé d'un mélange de glycérine, salol et extrait de belladone, que je fais conserver par ma cliente jusqu'au lendemain matin.

Tous les matins et soirs je lui recommande de prendre, dans la position horizontale, une injection antiseptique de 5 litres d'eau à 50°. Je répète 2 fois par semaine la séance de courants continus, à partir de la deuxième semaine.

Tous les autres jours, j'applique: soit le courant faradique modéré et indolore sur le col, pendant dix minutes, pôle externe sur le côté du bassin, afin de permettre au courant de traverser la tumeur; soit le courant monopolaire de haute fréquence; soit enfin le massage vibratoire ou les radiations lumino-thermiques. J'ajouterai que les bains hydro-électriquas et les bains d'acide carbonique constituent le meilleur adjuvant, par leur pouvoir révulsif et régressif aussi bien que par leur action éliminatrice sur les divers émonctoires.

Dès les premières applications, on observe la cessation des hémorrhagies, la suppression des douleurs, la résolution de la polysarcie bas-ventrale qui désole souvent les malades, l'atténuation de l'état dysménorrhéique, enfin l'amélioration considérable des forces et du bien-être général.

La congestion des vaisseaux capillaires utérins, puis les compressions des troncs vasculaires plus importants sont, à bon droit, envisagés comme les deux grands affluents hypérémiques des fibrômes. L'électrolyse, par son action vaso-motrice, dégage ces processus congestifs et réveille la contractilité spéciale des fibres lisses, en même temps que, par la répétition des séances, la trophicité cellulaire intime se restaure peu à peu.

Si, histologiquement, le fibromyôme est une tumeur bénigne, il ne faut pas oublier qu'il est fertile, cliniquement, en complications sérieuses. Ne voit-on pas l'obstruction de la vessie, du rectum, de l'uretère, determinée, parfois, par des tumeurs fibreuses d'un très petit volume? Je ne parle pas des hémorrhagies, qui, par leur incessante répétition, peuvent menacer l'existence des malades ou la rendre à jamais, précaire. Enfin, la gangrène par torsion du pédicule et la péri-

tonite sont aussi des complications possibles et qui n'ont rien d'exceptionnellement rare.

La Physicothérapie agit, à mon avis, dans le sens curatif, principalement en réveillant les fonctions utéro-annexielles et en décongestionnant le plexus utérin hypérémié: hypérémie passive, par langueur torpide, chez les femmes lymphatiques et arthritiques, en proie aux stases veineuses, aux engorgemente mécaniques, à la vocation variqueuse,—sujets congestifs, en un mot.

Je sais bien qu'il existe des fibròmes peu vasculaires. Mais ces tumeurs sont l'exception: le tissu cellulaire s'y trouve fortement enchevêtré et leur donne une consistance cartilagineuse que nos pratiques réitérées finissent par ramollir, mais bien plus lentement que lorsqu'il s'agit de tumeurs vasculaires.

Ce n'est point sans raison que les anciens gynécologistes avaient fait une si large part à la congestion utérine, dans l'étiologie des tumeurs fibreuses et de toutes les néoplasies utérines en général: «La congestion, aimait à répéter Récamier, engendre l'engorgement, le néoplasme.» Cela n'est point contestable. La congestion (normale et périodique chez la femme) entraîne, d'une manière pour le moins passagère, l'apport immoderée du sang dans l'utérus. Les pesanteurs des lombes et du bas-ventre, les douleurs pubio-périnéales, les sensations de lourdeur et d'augmentation de volume de la matrice, avec tendance à la tension ou même au ténesme, et parfois épistaxis utérine intermenstruelle: voilà les habituels symptômes de la congestion utérine. Passagére et limitée d'abord, l'hypérémie se répète plus fréquemment chez les neuro-arthritiques: de poussée en pousée, l'afflux sanguin finit par devenir une habitude morbide et constitue une sorte de turgescence circulatoire, à forme paroxystique, éminemment propice aux proliférations fibrômateuses Remarquons en passant que, si la bactériologie explique bien des choses (au point d'avoir envahi presque toute la pathologie utérine), il reste à la congestion, c'est-à-dire á la diathèse, une part étiologique, qu'il serait téméraire de vouloir lui arracher: la pathogénie des tumeurs fibreuses.

Eh bien! l'électricité, dans les diverses modalités que nous venons de vous exposer, s'attaque, avec les plus grands succès, á la diathèse congestive des neuro-arthritiques.

Une involution utérine incomplète, à la suite d'accouchement ou fausse-couche, les varices et les hémorroïdes, les localisations rhumatismales musculo-articulaires, eczémateuses ou acnéiques, précedent souvent les processus fibromateux. C'est alors que l'électricité manifestera une influence défluxionnante et sédative bien supérieure, à

toutes les cautérisations et les curettages préconisés en semblale occurrence. Si je dis *curettage*, c'est que j'ai vu fréquemment les applications électriques guérir la leucorrhée liée à l'endométrite et tarir cette hydrorrhée gommeuse et filante, qui s'accompagne souvent de douleurs sourdes périodiques rapportées à la névralgie lumbo-abdominale.

Les troubles nutritifs préludant à la génèse des tumeurs en général, reconnaissent une disposition héréditaire ou innée, cela est hors de doute. Sans aller jusqu'à admettre, avec Verneuil, une diathèse néoplasique unique, je pense, avec tous les bons esprits, que les transformations des tumeurs bénignes en tumeurs malignes ne sont point rares, surtout si la disposition héréditaire s'en mêle, c'est pourquoi je conseille d'agir toujours dans le sens de la décongestion utérine, de façon à gêner l'apport, par les vaisseaux, des matériaux néoplastique, constructeurs de tumeurs. Outre l'électricité proprement dite, je conseille toujours, à la période d'empâtement ou de rénitence prémonitoire du bas-ventre, les massages vibratoires et les bains d'acide carbonique, deux excellentes méthodes résolutives et révulsives.

Mais il faut agir tôt et ne point attendre la période de transformation scléreuse. N'oublions pas que les parasites du cancer, et surtout du terrible épithélioma, se greffent volontiers sur des endométritee cervicales congestives négligées ou mal soignées. C'est ainsi qu'uns malade, de bonne santé apparente, est conduite, sournoisement, aux hyperplasies les plus malignes. Voir notre communication faite à Paris en Juillet 1900 au Congrès International d'Electrologie et de Radiologie médicales «Action des courants de haute fréquence et des effluves du Résonnateur Oudin sur certaines tumeurs malignes».

A son origine, le fibrôme fait, en quelque sorte, partie intégrante de la musculature utérine. Il faut agir dès cette période de début, pour l'empécher de s'isoler, de revêtir cette individualité indépendante qui crée la tumeur et force à la multiplication de ses éléments cellulaires. Si l'on a laissé passer cette période, le fibrôme devient surtout dangereux par les retards qu'il apporte à la constitution de la ménopause et par les dégénérescences kystiques ou télangiectasiques qu'il peut provoquer: les observations de Schroeder, de Babès etc., ont aussi prouvé que les dégénérescences carcinomateuse ou épithéliomateuse n'étaient point rares, ainsi que les suppurations annexielles. La congestion du rein, et l'auto-intoxication qui en dérive, augmente, sensiblement, la gravité des fibrômes en apparence bénins: Pozzi, Duplay et d'autres cliniciens ont cité des cas de mort par urémie insidieuse, résultant de la compression des uretères par des tumeurs peu volumineu-

ses, mais enclavées. C'est dans ces cas surtout que le médecin traitant se reprochera de ne pas avoir fait appel au traitement électrique, alors si décisif.

Je suis convaincu, pour ma part, que le quart des femmes de 35 à 40 ans pourrait bénéficier des pratiques physicothérapiques pour éloigner un fibrôme diffus, atrophier un fibrôme nodulaire et surtout pour parer aux dégénérescences myomateuses interstitielles, qui sont d'une fréquence insoupçonnée. Les ménorrhagies, leucorrhées brusques, hydrorrhées, les soufrances névralgiques à forme expultrice, les retards et avances dans les époques, sont les symptômes qui légitiment surtout la consultation gynécologique et l'intervention du courant continu.

Ce qu'on appelait naguère les tumeurs fantômes, chez nombre de jeunes femmes, est un état d'irritation péritonéale, qui distend le bassin, y accumule des gaz et des dépôts adipeux, contre lesquels les applications électriques sont fréquemment d'un pouvoir curatif héroi que. En négligeant ces fausses tumeurs, on favorise la dégénérescence néoplasique. Appliquez-leur au contraire, de faibles courants: vous secouez la torpeur des fibres lisses; vous apaisez l'élément douleur, causé par les compressions; vous faites cesser ces phénomènes généraux d'essoufflement, palpitations, dyspepsie, atonie intestinale, faiblesse nerveuse, etc. On peut même, parfois, se passer de l'électrolyse: la haute fréquence guérit fort bien ces états morbides, en rétablissant le pouvoir hiérarchique du système nerveux et redressant la circulation déséquilibrée.

Les courants alternatifs, toniques et résolutifs, font disparaître assez promptement, par résorption, les exsudats inflammatoires, ainsi que les désordres néoplasiques qui en sont la conséquence. Ces courants s'adressent aussi à l'endométrite, qui complique souvent les fibrômes et rend les hémorrhagies plus fréquentes et plus graves, en même temps qu'elle augmente la tendance aux infections microbiennes dégénératives.

A l'exemple de Mr. le Professeur Doumer, j'exclus les hautes intensités de (100 à 200 milli-amp.): une méthode plus douce, adaptée à la tolérance individuelle, m'a toujours semblé plus efficace. Ne cherchons pas à supplanter la chirurgie et détruire la tumeur: ne forçons pas notre talent! Sans dépasser 40 à 50, nous appliquons le plus souvent une thérapeutique pleine de douceur et de sécurité, surtout aux points de vue hémostatique et dolorifuge: quelques séances suffisent, pour décongestionner le fibrôme et en réduire le volume, sans difficultés ni dangers. Morte la congestion pelvienne, le fibrôme n'aug-

mente plus: le rétrécissement vasculaire amène sa régression et son atrophie fatales.

Le grand avantage de la Physicothérapie est de ne pas toucher à l'intégrité des organes pelviens, ni à l'harmonie des fonctions et surtout de comporter une bénignité thérapeutique certaine, si le traitement est entre des mains compétentes, persévérantes et douces. Ne risquer jamais la vie des malades, leur épargner les mutilations, supprimer l'élément douleur et l'élément tuméfaction, assurer l'hémostase: telles sont les conquêtes de la méthode, qui se répercutent à longue échéance...

Pour guérir les états chroniques inflammatoires, adhérences, excroissances, épaississements, paramétrites, le courant continu jouit d'un pouvoir hors ligne. Il établit probablement, entre les molécules cellulaires, un enchaînement de mutations ioniques qui compromet la stabilité des cellules néoplasiques et perturbe leur processus proliférateur. C'est un véritable massage interstitiel, qui prévient les migrations et infiltrations hyperplasiques des tumeurs: de plus, il y a aussi dans le courant continu une propriété catalytique spéciale, essentiellement hostile aux dégénérescences. Le tout se résume en une méthode *conservatrice* au premier chef puisqu'elle nous permet d'éviter sûrement les actes opératoires. Enfin, ce qui est universellement noté par Apostoli et ses imitateurs, Keith, Spencer Wells, etc, etc, et ce que j'ai toujours observé moi-même, c'est l'énorme amélioration de la santé générale, à la suite des applications électriques les plus localisées. Toutes les malades se sentent plus fortes et accusent une euphorie qu'aucune médication n'est capable de procurer à semblable degré.

En totalisant les résultats imputés au traitement électrothérapique, —travail fait, à diverses reprises, par Baraduc, Regnier, Apostoli et Laquerrière,—on trouve, signalés, sur 2 à 3.000 cas, représentant 60 à 80.000 applications, une dizaine de décès. Un examen attentif nous montre que l'issue funeste ne s'est guère produite que dans ces cas de pyosalpinx et d'hématosalpinx, de péritonites latentes et autres lésions annexielles, traités par de trop hautes intensités. On relève aussi plusieurs erreurs de diagnostic, et principalement des kystes ovariens pris pour des fibrômes et brusquement ouverts par l'électrode.

Il est équitable d'affirmer que l'on peut éviter, avec un peu de prudence, tous ces accidents. Si les premières applications de chimicaustic, faites aux plus basses intensités (20 m. a.) provoquent de la douleur, il faut imposer le repos et le traitement général physicothérapique, avant de continuer l'électrothérapie utérine.

Le succès dépend, évidemment, de l'expérience manuelle de l'opérateur et du perfectionnement de ses instruments; mais cela n'empêche qu'on doive tenir le plus large compte de l'état réactionnel post-opératoire, si variable suivant les patientes. Spencer Wells l'a dit avec raison: le danger réside bien davantage dans l'opérateur que dans la méthode, qui n'offre rien, en elle-même, de l'arme à double tranchant. Une sérieuse asepsie préparatoire suivie de pansements antiseptiques glycérinés et calmants, la mise en œuvre de beaucoup de douceur et de patience, le courant étant toujours dosé dans les limites de la tolérance individuelle (en évitant parfois les séances trop rapprochées et surtout trop longues), l'utilisation raisonnée des autres agents physiques: telles sont les principales conditions d'innocuité absolue et de succès curatif final.

Une cinquantaine de séances de courants continus, à raison de deux par semaine et de dix minutes chaque fois, telle est la formule génerale du traitement électrique des fibrômes. Il faut préférer le pôle positif dans les fibrômes mous, parce qu'il est avant tout décongestif et hémostatique. Dans les fibrômes durs, en appliquera plutôt le négatif, qui est dénutritif et atrophiant. Les pratiques auxiliaires du courant continu (courants faradiques, de haute fréquence, monopolaires ou bipolaires, massages vibratoires, bains hydro-électriques et, parfois, d'acide carbonique), corroborent l'action curative et contribuent à rendre le traitement plus rapide, plus efficace et plus profond, ainsi qu'à éloigner les poussées hypérémiques et les récidives.

Le traitement terminé, la malade sera revue, une fois tous les trois mois environ, afin de surveiller le fonctionnement normal de la sphère sexuelle et de pouvoir, par une sage prophylaxie, s'opposer à la transformation maligne de l'ancienne tumeur benigne. Disons, à cet égard, que les heureux résultats, obtenus par nous dans le traitement d'épithéliomas et de cancroïdes cutanés, à l'aide des courants de haute fréquence (1), permettent d'espérer de profitables applications électro-thérapiques dans la cure des cancers du col, d'une si redoutable fréquence, et vis-à-vis desquels la médecine et la chirurgie sont malheureusement impuissantes. Les expériences que nous poursuivons, à cet égard, nous encouragent à persévérer dans nos recherches cliniques, actuellement en cours.

---

(1) Communication faite par nous au Congrès d'Electrologie tenu à Paris en 1900.

SUPPURATION PELVIENNE CHEZ LES FEMMES

par Mr. NICOLAS SADOVEANU (Constanta).

Dans la cavité pelvienne l'activité cellulaire atteint son plus haut degré, d'autre part par ses voies lymphatiques qui sont très riches dans cette région les éléments sont très liés entre eux. Le plexe hypogastrique énerve les organes de cette excavation.

Donc étant réunis par la circulation d'une extraordinaire activité et sous la direction du plexe hypogastrique, les éléments génitaux pelviens forment un groupe d'individualité qui fonctionne en commun pour réaliser un seul et même acte physiologique, à fortiori l'intimité devient encore plus grande quand ils doivent se défendre contre un ennemi commun.

Par exemple une infection partant de la muqueuse utérine quand elle a réussi à traverser l'épaisseur des parois de l'utérus, tous les tissus pelviens sans exception sont atteints de la virulence du germe morbide, cause qui les fait se grouper pour une défense commune.

Etant ainsi, il résulterait que l'entière cavité pelvienne devrait ressentir avec la même intensité; il n'en est pourtant pas ainsi vu qu'il entre en jeu la résistance monocellulaire grâce à sa constitution chimique spéciale et son mode de nutrition générale.

Seulement d'après cette disposition nous observons journellement une partie, un groupe, ou pour mieux dire un organe attaqué plus ou moins que le reste, ce qui a motivé avec raison la classification de perimétrite, ovarite, salpingite, cellulite.

Les causes d'infections par lesquelles le pelvis est entamé seraient directes et indirectes. Les directes sont le vagin, l'utérus, les indirectes sont les intestins, l'appendice.

La vagin est la citadelle staphylo-gono-streptocyque, et la source permanente de l'infection du ganglion recouvrant la cavité utérine. La continuation de la muqueuse utérine avec la muqueuse tubaire et la communication lymphatique explique la rapide transmission septique vers l'endotélium tubaire, de sorte qu'on peut soutenir avec certitude qu'une femme atteinte d'une lésion inflammatoire de la muqueuse utérine doit présenter sous peu une lésion des trompes et des ovaires quoique n'ayant pas la même intensité. Ayant établi ces traits généraux et sans discuter la symptomatologie spéciale de chaque affection, que nous connaissons tous, je dirai quelques mots sur l'habitus de la femme.

Attitude.—Habituellement le sujet se tient courbée en avant appuyant d'un côté ou d'un autre les mains sur la région hypogastrique afin de soulager les douleurs qui sont excessivement vives. Les douleurs localisées au commencement de l'hypogastre et spécialement à la fosse iliaque s'étendent vers les membres inférieurs, les reins, lombes, et surtout vers l'épigastre, les douleurs augmentent par la pression, la marche, la fatigue, et ne cessent un peu qu'après un repos absolu. A ceci il faut ajouter dysmenhorrée, methrorhagie, leucorrhée, disurie, constipation. L'état général contracte un caractère typhique, le soir la température est très élevée avec petites oscillations vers le matin, pouls fréquent, la langue est sèche et brulante, les lèvres gerçées et les dents couvertes de fuliginosités, la figure est souffrante, il y a très souvent bronchite avec fins râles disseminés, d'autres fois des râles et des souffles pleuro-pneumoniques disparaissant après quelques heures, le système nerveux très ébranlé, quelquefois le délire poussé à l'extrème ou bien les sujets sont dans une somnolence continue quoique leur intelligence soit toujours intacte.

Examen gynécologique.

Assise en décubit dorsale, les membres inférieurs maintenus flexibles, leurs maximum d'extension s'obtient avec beaucoup de difficultés causées par les douleurs abdominales. Par une simple inspection on observe d'habitude, dans une des régions hypogastriques une petite tuméfaction un peu dure et douloureuse à la plus légère pression. Par l'examen du vagin rendu très douloureux par le fait qu'il semble avoir diminué de calibre on trouve le col de l'utérus amoli et fortement sensible au moindre attouchement et par où bien souvent, s'écoule un liquide odorant. L'examen bimanuel, sans lequel rien ne peut se préciser, indique mieux la tuméfaction peri-utérine ou hypogastrique, ainsi que la position de l'utérus qui paraît toujours si bien fixé que par n'importe quelle tentative il est impossible de changer la situation de même que de trouver le corps qui est englobé de l'éxsudat pathologyque. Si peu marquée que soit la suppuration surtout quand elle est peri-utérine les fonds du sac commencent à disparaître et quand elle est abondante les parois postérieurs du vagin prennent la forme du rectocele.

Le traitement et la question de supuration pelvienne ont été beaucoup discutés dans différentes assemblées et Congrès et surtout celui de gynécologie tenu à Bruxelles. Le résultat a été que les chirurgiens ginécologues se sont divisés en deux camps, c'est a dire que les uns

étaient pour la castration vaginale totale et les autres préféraient la voie abdominale.

Nous, par quelques observations que nous indiquons plus bas, nous ne voulons, ni ne pouvons nous tracer une ligne de conduite concernant la manière d'opérer, restant d'accord avec le Docteur Van Egelin qui dit que l'entière statistique d'un chirurgien gynécologue ne correspond absolument pas avec le résultat pratique obtenu par un autre médecin.

La seule chose que nous nous permettons de dire, est que la conduite de l'opérateur doit être très liée avec l'état de constitution de la malade ainsi qu'aux résultats minutieux du mal, ou mieux encore que l'opérateur se comporte d'après le cas.

Comme dans mon service j'ai eu plusieurs jeunes femmes de 22 à 35 et que par conséquent l'utérus ne s'est pas encore acquité de ses obligations envers la société, je me suis limité à la chirurgie conservavatrice cherchant par toutes sortes de manières à restreindre autant que possible le champ de dévastation des organes.

OBSERVATION I

Paramétrite suppurante. Incision du fond du sac postérieur, drainage, guérison.

Ana Bunsky, 33 ans, entrée à l'hôpital le 13 août 1901.

La menstruation a commencé à 13 ans et a continué régulièrement jusqu'à l'age de 19 ans, époque à laquelle le sujet s'est mariée; 2 mois après il s'est produit une leucorrhée journalière assez abondante, aucun accouchement, trois fausses couches, les deux premières sans suite, par contre la troisième a été accompagnée de douleurs abdominales insupportables comprenant presque toute la partie basse de l'abdomen, le ventre ballonné; méteorisme, anorexie, nausées et vomissements de temps en temps, métrorragie périodique avec sang décomposé; cet état, nous dit le sujet, a duré dans les 8 jours, puis à la suite d'une compresse sur l'abdomen le phénomène a cessé 2 ou 3 jours pour reccommencer bien plus fort, ce qui l'a décidée à entrer à l'hôpital; actuellement la malade est très déprimée, la figure pale et anémiée, les douleurs abdominales, bien plus vives, lancinantes et irradiantes vers la cavité abdominale, le ventre est très sensible et surtout vers la fosse illaque gauche où se sent un empatement un peu prononcé, des crampes avec quelques petites interruptions, une légère diarrhée. Céfalgie, insomnies, fortes transpirations, et le soir température 39,8.

L'examen gynécologique bimanuel dénote un col mou assez volumineux sensible au toucher, le corps englobé dans la tumeur ne peut se sentir, sur la symphise pubienne et paraissant s'appuyer sur elle on sent un plastron avec concavité vers le haut et beaucoup plus prononcé vers la fosse iliaque gauche, très sensible.

Traitement: La malade anesthésiée, le bas du corps un peu relevé, on applique dessous une compresse trempée dans une solution de sublimé, une seconde compresse couvre toute la partie basse de l'abdomen et le pubis. Le vagin se lave au sublimé a 1/00 l'utérus a une solution de 3 °/₀ acide phénique, avec la seringue Braum, la vessie à une solution tiède d'acide borique à 3 °/₀. Dilatation et curetage de la cavité utérine. Au fond du sac postérieur à 1 centimetre de l'insertion vaginale, une large incision allant de gauche à droite livre passage de 840 grammes de pus très fétide, drainage double, guérison après 25 jours.

OBSERVATION II

Paramétrite suppurante aiguë. Incision du fond du sac postérieur, drainage, guérison.

Marita Florescu, 21 ans, menstruation à 13 ans continuant avec régularité.

Pendant le 1e mois du mariage, commence un écoulement qui peu à peu devient plus abondant, 2 mois plus tard une légère cistite, par l'urètre se remarque un écoulement avec phénomène de disurie; il y a plus de 2 ans, nous dit-elle, qu'elle se soigne sans pouvoir arriver à une guérison complète; à peu près 6 jours avant la consultation elle a ressenti tout à coup (à la suite d'un rapport sexuel) une douleur très vive et immédiatement de la fièvre. Au moment de son entrée à l'hôpital, le 24 février 1902, l'état général était très déprimé, une forte fièvre, des douleurs abdominales très manifestes, anorexie, nausées, essais de vomissements, hoquets de temps en temps, leucorrhée très abondante.

Examen gynécologique.—Utérus un peu augmenté de volume, mou et douloureux au toucher, un peu déplacé vers l'avant par un exsudat situé au fond du sac postérieur et latéral gauche, dans la région hypogastrique gauche on sent un léger plastron un peu dur et fluctuant.

Traitement: Opération faite le 26 février 1902, dilatation et racla-

ge de l'utérus, une large incision du fond du sac postérieur duquel s'écoule une grande quantité de pus épais, l'examen microscopique dénote une suppuration gonococique, drainage double, guérison au bout de 40 jours.

OBSERVATION III

Phlegmon suppurant du large ligament gauche, incision par le fond du sac postérieur, drainage, guérison.

Catherine Constantinescu, 27 ans, réglée à 11 ans avec fortes douleurs, a mis au monde deux jumeaux normalement, 4 ans se sont passés sans grossesse, depuis deux semaines elle a avorté de 4 mois, après quoi sont apparus des phénomènes d'infection avec douleurs très fortes dans tout l'abdomen et surtout vers la fosse iliaque droite avec irradiation vers les membres inférieurs; anorexie, céfalalgie; à son entrée à l'hôpital le 31 mars 1902 j'ai observé tous ces phénomènes plus accusés, les douleurs plus aiguës et le ventre plus sensible, signes d'infection très prononcés avec température de 40°.8, transpiration abondante, pouls petit, tendance aux nausées, diarrhée.

Examen gynécologique.—Le col mou et douloureux, le corps de l'utérus parait agrandi et pousse un peu vers la droite; au niveau de la fosse iliaque gauche j'ai observé un énorme plastron plus ou moins dur et fluctuant.

Traitement: le 10 Avril s'est fait la dilatation et raclage de l'utérus; par une large incision faite au fond du sac postérieur s'est ecoulé une énorme quantité de pus contenu dans le large ligament gauche, drainage double, guérison complète le 25 Juillet.

OBSERVATION IV

Paramétrite avec suppuration du large ligament gauche, incision du fond du sac postérieur, guérison.

Lucia Stéfanescu, 21 ans, déjà depuis l'enfance souffrait de leucorhée, à l'âge de 8 ans ses parents la placent à l'hôpital des enfants où elle reste plus de 2 mois pour cette affection, elle ne se rappelle plus vers quelle époque a commencé la menstruation, mais elles ont toujours été très abondantes et douloureuses, trois fausses couches, les deux premières sans suites, la dernière accompagnée du cortège des symptomes décrits dans mes observations précédentes, fait qui a décidé son entrée à l'hôpital le 18 février 1902.

Examen gynécologique.—Le col de l'utérus mou et douloureux, les fonds du sac postérieur et gauche fluctuants et pleins se continuant en haut jusqu'auprès de l'ombilic, la fosse iliaque est également pleine.

Traitement: Dilatation graduelle de l'utérus et curetage, le deuxième jour, 20 février, une large incision occupant entièrement le fond du sac postérieur et une partie de celui latéral gauche, l'écoulement produit une énorme quantité de pus très fétide, drainage double, guérison en 2 mois.

OBSERVATION V

Phlegmon du large ligament gauche suppuration paramétrique indépendante, drainage, guérison.

Amélie Quivcovici, 24 ans, entrée à l'hôpital le 21 Novembre 1902 avec symptômes classiques de suppuration pelvienne; à l'examen gyné cologique bimanuel, je trouve une tumeur un peu longue et qui occupe toute la région hypogastrique s'étendant près de 5 centimètres vers l'épine iliaque.

La dilatation et curetage de la cavité utérine, l'incision du fond du sac postérieur et du latéral a vidé une énorme poche située dans la partie supérieure du ligament et écoulement de près de 2 kilogrammes de pus fétide, drainage, guérison en 4 semaines.

OBSERVATION VI

Salpingux, ovarite chronique, purulente gauche, paramétrite suppurante, incision du fond du sac postérieur, drainage, laparotomie, castration tubo-ovarienne gauche, guérison.

Maria Constantinescu, 30 ans, mariée, n'a jamais eu d'enfants, ni fausses couches, elle nous dit qu'il y a huit ans elle a eu une douleur violente à l'hypogastre gauche ainsi qu'au membre correspondant, cette douleur après un traitement, *ad hoc*, a disparu après deux semaines ne continuant à avoir que des coliques de temps en temps qui ont disparu après un mois, maintenant elle se plaint que les menstruations viennent avec de grandes douleurs, que le sang est décomposé et sent très mauvais, que l'abdomen augmente de volume et vers le bas elle sent un poids si lourd qu'elle lui parait que l'utérus va sortir hors du vagin, souffre de constipation, et urine avec difficulté, ce dont elle se plaint le plus; anorexie, langue chargée, température toujours élevée.

Examen gynécologique.—Le fond du sac postérieur plein et en rectocele; par des palpations abdominales on sent un plastron qui remplit l'hypocondre et le flanc gauche.

Traitement: Le 9 Mars 1902 il s'est fait une incision par le Douglas laissant sortir plus d'un kilogramme de pus fétide, l'écoulement complet du pus et l'affaissement de la partie d'en bas, on a pu observer que l'hypocondre reste encore tuméfié, malgré toutes les tentatives pour pouvoir ouvrir cette poche par en bas, cela a été tout à fait impossible, j'ai drainé et lavé. ,Le 11 Mars j'ai pratiqué la laparotomie, l'adhérence entero-epiplo- péritoénale à été très difficile à décoller, dans l'intérieur du ligament trois tumeurs pleines de pus et tout à fait indépendantes; après avoir liées les artères utéro ovariennes et le ligament rond, j'ai extirpé le tout confectionnant une petite pedicule près de l'ostium.

Malgré toutes les précautions prises afin que le pus n'atteigne aucune partie à cause de leur fragilité, les trois poches se sont rompues répandant le pus dans la cavité pelvienne qui a été lavée avec 2 litres, acide borique 2 °/₀₀, 6 jours après, la malade est prise d'un point de côté et je remarque un commencement de pleuro-pneumonie infectieuse qui après 6 jours s'amoindrit, il passe de nouveau 5 jours et survient un brusque frisson suivi d'une douleur insupportable accompagnée d'une tuméfaction du membre inférieur gauche, linfangite septique qui se calme après 6 semaines, actuellement la malade est tout à fait rétablie.

OBSERVATION VII

Ovarite suppurante gauche. Laparotomie, castration salpingo ovarienne, guérison.

Aneta Achinescu, 22 ans entrée à l'hôpital le 28 Octobre 1902, l'état général de cette femme est très abattu, fébrilité continuelle, langue sèche, cephalgie journalière, nausées, constipations, quelques fois diarrhée, se plaint d'une douleur de l'hypocondre gauche, sous le toucher se dessine une grande tumeur bien limitée, très peu adhérente de l'utérus avec quelques déplacements sous la pression.

Traitement: Je pratique le 4 Novembre la laparotomie médiane, l'adhérence très manifeste, l'epiplon et les intestins étant décollés avec beaucoup d'attentioon, je sectionne le ligament et décortique la tumeur tout autour, et je l'extirpe, j'arrête une petite hémorragie, je tampone partout à 5 °/₀ acide phénique et je reconstitue le ligament; guérison après 20 jours.

SÉANCE DU 29 AVRIL

Presidence d'honneur: MM. Benavides, Queirel, et Murdoch Cameron.

COMMUNICATIONS

DEL TRATAMIENTO DEL CANCER UTERINO

por el Dr. FRANCISCO DOMINGUEZ ADAME (Sevilla).

Señores:

Hasta hace pocos años el problema del tratamiento del cancer de la matriz bajo el punto de vista quirúrgico se consideraba resuelto. Toda aquella degeneración maligna de los genitales que después de una completa y juiciosa exploración resultaba limitada al órgano uterino, era justiciable de una operación radical, la histerectomía. Cuando el padecimiento traspasaba la matriz, cuando los anejos, la vagina, ó el tegido celular intrapelviano estaban invadidos, todo el mundo convenía en que el caso no estaba al alcance de una cirujía radical y había que defender las enfermas con medios y procedimientos paliativos: operacíones parciales, cauterizaciones, medicamentos, etc. etc. Esta manera de pensar, por su propio valer, se había convertido en un verdadero dogma el cual era respetado aún por los cirujanos más radicales.

Pero las cosas, en éste punto tan transcendental de la medicina, han variado en estos ùltimos tiempos con los nuevos procedimientos de vaciamiento de la pelvis que desalojan no solamente la matriz, sino que arrastran también los anejos, ganglios, vasos linfáticos y tegido celular pelviano, y la eterna cuestión del tratamiento del cancer de la matriz, vuelve á ser colocada otra vez sobre el tapete.

Así se desprende de las discusiones sostenidas en el Congreso de Roma, donde eminentes ginecólogos franceses y españoles se han pronunciado en contra de los procedimientos radicales de Mackenrodt, Wertheim, Jacobs y Jormesco. Estando, pues, el asunto sin resolver no está demás que cada cual aporte su grano de arena en ésta tan debatida cuestión. Es por esto por lo que me permito molestar por breves instantes la atención de los señores Congresistas, exponiendo sencillamente lo que yo he visto y aprendido en una ya larga práctica acerca del tratamiento del cáncer de la matriz.

Desde el año de 1880 hasta el día de hoy, se han presentado en la consulta de Ginecología de la Policlínica de la Facultad de Medicina de Sevilla, 1.234 enfermas cancerosas. Durante ese mismo tiempo, he visto y asistido en mi práctica privada, 547 casos de cáncer de la matriz. Total, 1.781 enfermas con degeneración maligna del órgano gestador. De esas 1.781 enfermas hay que eliminar desde luego 824, cuya observación no se ha podido seguir por haber desaparecido las pacientes poco después de haberse presentado. Quedan, pues, 957 enfermas útiles, cuyas observaciones se han seguido hasta el momento de tomar estos datos de los libros de estadística. Sobre ellos van á girar mis consideraciones.

Hace ya mucho tiempo, y mientras más años pasan, más me afirmo en esta idea, que toda degeneración maligna de la matriz que viene á mis manos, en la cual compruebo que el padecimiento se extiende más allá del órgano uterino, procuro tratarla tocando á la enferma todo lo menos posible. Este criterio es tanto más severo cuanto más joven es la paciente; tanto más avanza ésta en edad, más aflojo la mano en este sentido. Así, pues, y fundado siempre en la extensión del mal y en los accidentes que han ocurrido durante su desenvolvimiento, de las 957 enfermas que he manejado me he visto obligado á defenderlas la vida con medios farmacológicos, higiene, antisépticos, etc., á 632. Excusado es decir, que exceptuando 22 que están en la actualidad en tratamiento, todas las demás han sucumbido. Pero no deja de suministrar una enseñanza útil esta estadística de la muerte. Hecho el cómputo del tiempo que cada una de estas enfermas ha vivido, á partir del día en que se vió la primera vez, resulta lo siguiente:

Número de enfermas 610.

Que vivieron de un mes á un año............	512
Idem de un año á dos........................	76
Idem de dos á tres años.....................	18
Idem de tres años á cuatro..................	4

Vemos, pues, que la mayor parte de estas enfermas sucumbieron durante el primer año, pero nos encontramos con que cerca de 100 cancerosas alargan su vida sostenidas con medios paliáticos dos y aun tres años, y sobre todo que entre las 610 hay cuatro que se acercan á los cuatro años. Yo me permito llamar la atención de los Señores Congresistas hacia estos datos, puesto que si bien es verdad que de las enfermas que sufren operaciones radicales, un número bastante respetable viven varios años pudiéndose algunas considerar curadas, tam-

bién es cierto, que la mayor parte de las histerotomizadas sucumben por reproducción mucho antes de los tres y de los cuatro años. Claro es que basta una sola curación ó una larga supervivencia para justificar toda intervención radical, yo por lo menos así lo pienso, pero quiere esto decir, que antes de operar se debe ahondar cuanto se pueda para que una vez formado el juicio y establecida la indicación, ésta resulte científica, racional y justificada. Porqué, cuando hay enfermas que sin tocarlas viven dos, tres y cuatro años, en tanto que otras, operadas, sucumben más pronto, claro es también que hemos de ser muy prudentes al tomar nuestras resoluciones.

De las 325 enfermas restantes, 300 han sufrido una ó varias operaciones parciales durante su tratamiento, raspados, extirpación de fungosidades, cauterizaciones, etc. Todas, menos 10 que están en tratamiento, han muerto también.

Tiempo de supervivencia el siguiente:

Número de enfermas, 290.

Vivieron de 3 meses á 1 año, 180.

De 1 año á 2. 90.

De 2 años á 3, 16.

De 3 años á 4, 3.

De 4 años á 5, 1.

Comparando este grupo con el anterior se ve que las enfermas que han sufrido operaciones tienen más larga supervivencia que aquellas otras que por las condiciones de su mal no han exigido ó no han permitido el empleo de esas intervenciones. Esto indudablemente depende de que las enfermas operadas eran de màs edad y el padecimiento estaba más limitado que en aquellas otras en las cuales toda maniobra operatoria resultaba, á más de peligrosa, con más inconvenientes que ventajas para el paciente.

Pero aparte de todo esto, lo que hay que hacer constar es, que casi la tercera parte de estas enfermas alcanzan una supervivencia rayana en los tres años, que tres de ellas llegan á cuatro, y una hasta cerca de cinco. Desde luego en todos estos casos el padecimiento se extendía fuera de la matriz y por lo tanto el tejido celular intrapelviano, la red linfática que por él se ramifica y los ganglios correspondientes se encontraban atacados. Por estos motivos, para mi tan poderosos, en ninguna de estas enfermas intenté la histerectomía vaginal; pero es indudable que á muchas se les podía haber aplicado el método de Wertheim ó sea la extirpación de la matriz por la vía alta y el vaciamiento de la pelvis. Pero, aparte de que este vaciamiento según mi modo de ver está reñido, no ya con la histología si no con la

anatomía patológica de la pelvis atacada de cáncer, como más adelante trataré de demostrar; ¿qué hubiera pasado si ese tratamiento mal llamado radical se hubiese llevado á cabo en ellas? ¿á cuántas les habría costado la vida inmediatamente? ¿cuál hubiera sido el resultado final de supervivencia comparado con la que arrojan los datos que acabo de tener el honor de exponer á vuestra ilustrada consideración? ¿Habría alguna de las operadas que traspasare con vida más allá de cinco años?

Es posible que sí; también con la histerectomía vaginal que es operación mucho menos grave se alcanzan supervivencias muy prolongadas como de ello tengo por fortuna algunos ejemplos en mis operadas, pero abrigo la convicción profunda de que la inmensa mayoría de ellas, esas que han vivido dos y tres años, hubieran sucumbido mucho más pronto, si en vez de las sencillas operaciones parciales con que les defendí la vida las hubiera sometido á los radicales procedimientos de vaciamiento intrapelviano.

Quedan del total de mis enfermas, 25, á las cuales he practicado la extirpaeión de la matriz y á veces la de los anejos siempre por la vía vaginal. Llama la atención desde luego, que habiendo tratado màs de 900 enfermas solo se haya hecho la histerectomía á 25. Pocas son en efecto; pero á pesar de no haber operado más casos que aquellos en que el padecimiento, previa exploración metódica y detenida, parecía limitado á la matriz, es la verdad que las reproducciones no han escaseado: más no estoy quejoso de mis resultados, pues bastan algunas operadas que tengo vivas desde hace mucho tiempo para justificar todas las intervenciones. Los motivos, pues, de que para tratar tantas enfermas no se hayan hecho más operaciones radicales, son de una parte, que la inmensa mayoría de ellas cuando se presentaron á mi observación estaban desde luego fuera de toda operación completa por la difusión de las lesiones, y de otra, que en estos últimos tiempos todos los casos dudosos, al contrario de lo que hacía hace 10 ó 12 años, que los operaba, en vez de intentar algo serio contra ellos, los dejo desde luego para tratarlos de una manera paliativa. Procedo así, porque la experiencia y los reveses me han ido cada vez más demostrando que no ya en los casos dudosos, si no en muchos de los que parecen muy buenos se da la reproducción bien pronto con una seguridad aterradora.

Con esto y todo, repito, que una vez bien establecida la indicación no se debe vacilar en practicar, cuanto antes mejor, la histerectomía vaginal en toda enfermedad cancerosa, por ser éste el tratamiento memos peligroso, más racional y más científico de cuantos se han inventado hasta el día para defender á las pacientes que tienen la desgracia

de sufrir tan terrible enfermedad. Y digo la histerectomía vaginal, porque lo que con ella no se consiga no se conseguirá de ningún otro modo, pues la laparo-histerectomía con vaciamiento, aparte de que es maniobra muchísimo más grave, no puede ser considerada, para los efectos curativos, más segura que aquella otra curación.

Por lo demás, he aquí lo ocurrido con mis histerectomiadas:

Número de operadas, 25.

Están vivas, y sin reproducción en el aparato genital ni en sus dependencias.. 8
Hay reproducidas en la actualidad.......................... 2
Han fallecido.. 15

Las ocho que aparecen como curadas se han operado:

Una en el año de 1838; tiene ya 15 años de supervivencia.
Una en idem de 1893; tiene 10 id. id.
Una en idem de 1897; tiene 6 id. id.
Una en idem de 1889; tiene 4 id. id.
Dos en idem de 1901; tienen 2 id. id.
Dos en idem de 1902; tienen 1 id. id.

Existen, pues, dos operadas que han vivido ya 15 y 10 años respectivamente después de la operación. Ellas solas justifican, como decía más arriba, la bondad del tratamiento, dada la naturaleza de la enfermedad contra la cual se ha dirigido, pues hoy por hoy no podemos dejar de considerar el cáncer de la matriz como incurable, porque esa misma operada de hace quinee años, que es, sin ningún género de duda, una de las más antigüas sobrevivientes de cuantas han sufrido la histerectomía por degeneración, y que en la actualidad goza, al parecer, de una excelente salud, es tal vez la más evidente prueba de este aserto, puesto que desde hace más de dos años lleva un pequeño epitelioma en la punta de la nariz, con la curiosa particularidad de que cuatro ó cinco años antes padeció durante bastante tiempo una úlcera, también de aspecto maligno, sobre el pilar izquierdo del velo del paladar, la cual se resistió á todo género de tratamientos, desapareciendo luego espontáneamente para presentarse sobre el lóbulo de la nariz. De las otras que viven, dos van alcanzando también una edad bastante respetable, seis y cuatro años respectivamente. Las otras cuatro están todavía en el montón de lo indefinido. y hay que esperar para enjuiciar sobre ellas; pero de todos modos, aunque de las 25 operadas no haya más que ocho vivas, la circunstancia de haber una con 15, otra con 10, otra con 6 y otra con 4 años de supervivencia, presta á esta pequeña estadística un poco de interés, y hace pensar que la histerectomía vaginal, aun siendo una operacción

paliativa, cumple todas las indicaciones para el tratamiento del cáncer de la matriz, siempre que en buena clínica sea éste declarado operable.

Unicamente cuando haya un obstáculo insuperable por abajo se debe recurrir á la extirpación por la vía alta, que justo es reconocer que algunas veces es insustituíble, por ejemplo, en los casos de atrofia senil del aparato con estrechez muy acentuada de la vagina, ó cuando el cuerpo de la matriz es muy voluminoso, ó cuando hay adherencias anexiales que no se pueden achacar á la neoplasia y que inmovilizan el órgano no dejándolo descender.

En todos estos casos y en algunos otros muy contados se debe recurrir á la laparotomía, pero fuera de ellos la histerectomía vaginal debe ser la operación á escoger. En cuanto á las enfermas que han sucumbido, descartando dos que fallecieron á raíz de la operación, todas murieron por reproducción del cáncer, siendo de notar que menos en un caso ésta se verificó siempre por la cicatriz vaginal y por el parametrio. En la que se reprodujo más pronto fué á los tres meses; luego hay cinco en que tarda la reproducción de un año á año y medio; cuatro en las que tarda dos años y algunos meses, otros cuatro en que tarda cerca de tres años y uno que llega casi á los cuatro años. Se ve, pues, que aun en estos casos desgraciados la operacion benefició de manera bien marcada á las enfermas, dándoles vida y salud por un tiempo bastante largo.

Ahora bien; cuando se piensa sobre estos datos que acabo de dejar consignados, cuando se ve á las enfermas que han sido tratadas con remedios farmacológicos, higiene y antisepsia alcanzar supervivencias de dos, tres y aun cuatro años; cuando se observan aquellas que, por razón de su estado han reclamado operaciones parciales, alargar aún más la vida y, sobre todo, cuando se aprecian con la histerectomía vaginal supervivencias hasta de quince años, cabe preguntar, dada la incurabilidad del cáncer de la matriz y la benignidad de esta operación para combatirlo con tan magníficos resultados: ¿debe esta operación ser substituída por la láparo histerectomía como en la actualidad se pretende por algunos bajo el pretexto de que ésta es más completa, y por lo tanto, de más seguros resultados? El asunto ha sido ampliamente discutido en el Congreso de Roma, pero ha quedado sin resolver, y es por eso precisamente por lo que me permito estas consideraciones que, aunque valgan poco, puede ser que aporten algún dato util para la resolución de tan complicado problema.

Los enfermos vienen á nosotros, no para que los operemos ni los dejemos de operar: vienen para que los curemos cuando sea posible, y

cuando no para que les prolonguemos la vida y les aliviemos los dolores. Que hacen falta operaciones, pues se practican, pero siempre teniendo presente que operando y sin operar nuestra obligación es llegar al termino que nos proponemos, empleando los recursos de que podemos disponer de la manera que menos peligros entrañen para aquel de nuestros semejantes cuya vida está en nuestras manos. Es, pues, bajo este punto de vista cómo se debe planter esta cuestión. ¿Es más completa la laparo-histerectomía que la histerectomía vaginal? Bajo el punto de vista puramente anatómico, *sí;* pero no se trata aquí de hacer anatomía, sino que se trata de curar ó de aliviar, y bajo este aspecto, bien se puede asegurar que *no*, pues dada la incurabilidad del cáncer, tan incompleta es una operación como la otra. Ahí están Marcille y Poivier, que no me dejarán mentir. Los que se formen la ilusión de que extirpando más ó menos ganglios y más ó menos tejido celular intrapelviano les ha de resultar una operación completa, están expuestos á sufrir grandes desengaños. Es menester cerrar completamente los ojos á la razón para creer que así como así, dada una pelvis atacada de cáncer, se puede extirpar toda la degeneración; ni todos los ganglios, ni todos los linfáticos ni todo el tejido celular podrán ser apurados por el más hábil cirujano ni una sola vez; bien entendido, que se opera sobre uno de nuestros semejantes, cuya vida sólo pertenece á Dios. Y si esto es así, porqué dígase lo que se diga, no puede ser de otra manera, á pesar de las maravillosas operaciones de Wertheim y de Jounesco, si tan incompleta es una operación como la otra ¿qué más pueden esperar nuestras pobres enfermas de la laparo-histerectomía que no les dé una histerectomía vaginal hecha en buenas condiciones?

Ya lo han dicho en Roma ginecólogos tan competentes como el Doctor Pozzi y mi buen amigo el Doctor Gutierrez, el cual, en este punto como en todos aquellos en que pone mano, piensa con la valentía, el buen tino y la prudencia que heredara de aquel nuestro incomparable y nunca bastante llorado maestro el Doctor Rubio, de quien tanto aprendimos todos los cirujanos españoles.

No es, pues, más completa una operación que la otra, y si no lo es, ¿es acaso más segura la vía alta que la baja? ¿Cura más? ¿Alivia más? ¿Prolonga más la vida? No siendo más completa, desde luego no es más segura, y por lo tanto ni cura, ni alivia, ni prolonga más la vida. Esto es tan claro como el sol de medio día. Todo lo que se puede conceder á la laparo-histerectomía acerca de estos extremos que son los que deben guiar nuestras resoluciones es, que llegue á donde llega la histerectomía vaginal, pero nada más.

Y en igualdad de circunstancias, ¿cuál operación es más grave? Porque la mortalidad inmediata es un factor de los más importantes que tienen que concurrir para la resolución del problema. Precisamente porque nunca olvidé este dato, es por lo que en mi estadística parecen la mayor parte de las enfermas defendidas con medios paliativos ó con operaciones poco graves. Y de ello no estoy arrepentido que ahí están las supervivencias alcanzadas, y por eso también, porque en mis operaciones más radicales, procuré analizar bien los casos, es por lo que puedo presentar una ó dos de mis enfermas que se pueden considerar como curadas.

Desde luego á nadie se le ocurrirá igualar la gravedad de una intervención á la de la otra. La histerectomía vaginal cuando la indicación que la determina está bien fundada, es una operación *benigna*; la laparo-histerectomía con vaciamiento de la pelvis, aun cuando los casos se escojan, es una operación *gravísima*. Quererla considerar de otra manera es, á no dudarlo, querer sacar las cosas de sus marcos naturales. Ahí están las estadísticas que el Dr. Poszi ha leído en el Congreso de Roma que se bastan sobradamente para sancionar esta opinión.

De 30 á 40 por 100 de muertes inmediatas motivadas por la intervención y tratándose de operaciones que no son curadoras si no escepcionalmente, me parece que es una hecatombe bastante respetable que pide á voces pronta rectificación. En estos tiempos toda operación paliativa que da un contingente de mortalidad inmediata tan espantoso debe ser proscrita.

En resumen, que laparo-histerectomía no debe ser practicada si no en aquellos casos en que, á más de ser limitada la degeneración á la matriz, por alguna circunstancia no puede ser llavada á cabo la histerectomía vaginal. De esta manera solamente puede ser considerada como una buena operación.

De todo lo espuesto se deducen las siguientes conclusiones:

1.ª No hay operación por radical que sea que asegure la curación del cancer de la matríz, lo más que se consigue llegando á tiempo son largas supervivencias.

2.ª Toda degeneración maligna que traspase los límites del útero debe ser declarada fuera de cualquiera intervención radical, y destinada á tratarse de una manera paliativa.

3.ª Toda degeneración maligna que en un buen examen clínico resulte limitada á la matríz, es justificable de una operación radical.

4.ª De las dos operaciones que se disputan la supremacia para

llevar á cabo la extirpación del útero canceroso, la laparo-histerectomía y la histerectomía vaginal, debe ser preferida la última, porque es mucho menos grave que la primera, y por lo menos tan completa y tan segura como ella bajo el vista punto de los resultados definitivos.

5.ª La laparo-histerectomía debe ser reservada únicamente para aquellos casos en que por circunstancias especiales no pueda ser practicada la histerectomía vaginal.

DIAGNOSTIC PRECOCE DE LA GROSSESSE ECTOPIQUE

par Mr. E. EUSTACHE (Lille)

La connaisance de la grossesse ectopique a fait de grands progrès dans ces vingt dernières années grâce à la précision du diagnostic, grâce surtout aux nombreuses opérations de laparatomie qui ont permis de déterminer exactement la nature d'accidents, qui étaient jusqu'alors mal interprêtés.

Peut-être même y a-t-il une certaine tendance à dépasser le but, puisqu'on n'hésite guère à attribuer à la grossesse ectopique tous les cas d'hémato-salpynx, d'hématocèle rétro-utérine dont la pathogénie reste encore douteuse malgré tout.

Pour la plupart des gynécologistes et des accoucheurs qui entrent dans cette voie, la grossesse ectopique, tout en n'étant pas très fréquente, est loin d'être rare.

Les faits se multiplient de tous côtés, et il est peu de praticiens qui n'aient point eu l'occasion d'en observer un certain nombre de cas. Pour ma part, j'en ai recueilli 6 observations dans ces trois dernières années, l'une terminée par avortement tubo-utérin, deux suivies de mort à la suite de rupture de la trompe et d'inondation péritonéale foudroyante, les trois autres traitées avec succès par la laparotomie.

Les chirurgiens, à qui sont adreseés la plupart de ces cas commencent à dresser leurs statistiqnes qui se chiffrent déjà par dizaines et par centaines. Sous ce rapport, les Allemands et les Américains tiennent le record.

Je ne veux retirer de ces statistiques et des nombreuses publications auxquelles elles ont donné lieu, qu'un point éminemment intéressant: c'est que le pronostic de la grossesse ectopique s'est grande-

ment amélioré dans ces derniers temps, grâce aux interventions chirurgicales.

Cette maladie, car la grossesse ectopique est une maladie, aura le plus souvent une issue heureuse, si un traitement convenable, la laparotomie, lui est appliqué de bonne heure.

D'où l'importance que revêt le *diagnostic précoce* de cette affection.

Si j'en juge par ce que j'ai vu moi-même, et par ce que j'ai appris à la lecture des nombreuses observations publiées dans ces 4 ou 5 dernières années, ce diagnostic précoce est le plus souvent possible.

Quoi qu'il en soit, il devra être recherché dans les maladies pelviennes, et désormais la grossesse ectopique devra être envisagée dans tous les cas de diagnostic différentiel à établir, chose qui n'était que peu, ou point faite jusqu'ici.

L'énoncé même de *diagnostic précoce* élimine de notre étude les cas où la grossesse ectopique, méconnue dans ses premières phases par suite de son évolution silencieuse, est arrivée jusqu'au cinquième mois, au moment où le fœtus vivant quoique *ectopin*, manifeste sa présence par des signes distincts irréfutables.

Ces cas qui peuvent donner et ont donné lieu à d'intéressantes discussions sur la manière de les traiter, ne nous intéressent pas ici, et délibérément nous les laissons de côté pour ne nous occuper que du diagnostic des grossesses ectopiques pendant les quatre premiers mois seulement.

Or, à ce moment, le diagnostic de la grossesse ectopique est ou semble d'autant plus difficile que le diagnostic de grossesse proprement dite ne repose lui-même sur aucune base absolument certaine.

Il est des faits dans lesquels les accidents graves dus à la lésion, se sont déclarés dans le cours des quatre premières semaines, alors que rien ne pouvait faire penser à un état de gestation. Ces accidents, crises de douleurs abdominales, se répétant à quelques jours d'intervalle et bientôt accompagnés de pertes sanguines noirâtres, éveilleront l'attention du praticien, surtout s'ils acquièrent une intensité croisante. Ils pourront quelquefois le mettre sur la voie, et quelquefois aussi lui permetre de porter un diagnostic probable que l'examen opératoire vient confirmer. Mais c'est là une exception.

En thése générale, on ne peut guère songer à une grossesse quelconque avant la fin du premier mois, avant la non-réapparition de la période menstruelle à la date normale.

Mais la grossesse sera recherchée supposée ou soupçonnée dés qu'une période menstruelle manque, surtout s'il survient concomitam-

ment des troubles sympathiques du côté de l'estomac, des reins, etc. A ce moment, le diagnostic certain de grossesse ne saurait être établi, j'en conviens, mais le diagnostic probable n'en existe pas moins.

Les «anamnéstiques» forment donc le premier échelon du diagnostic de toute grossesse, et c'est à leur recherche qu'il faut procéder tout d'abord. On sait que dans la majorité des cas ils ne trompent guère.

Il en est de même pour la grossesse ectopique. Si l'on apprend en outre que la femme a eu auparavant des accidents métritiques ou paramétritiques, de quelque nature que ce soit, ces accidents étant pres que toujours la cause occasionnelle ou déterminante de l'insertion ectopique de l'embryon, dés lors l'attention sera à bon droit dirigée dans ce sens.

Une fois ce premier pas fait, et il ne sera que plus marqué si la période menstruelle a totalement manqué, et plus encore si une seconde période vient á faire défaut, le dignostic de grossesse étant théoriquement admis, celui de grossesse ectopique se tirera de l'observation des phénomènes ultérieurs

Or, ces phénomènes sont au nombre de trois:

1.° Les douleurs;

2.° Les écoulements sanguins, hémorrhagies externes ou internes;

3.° Les résultats de l'examen interne.

I.—DOULEURS

La grossesse ordinaire est rarement douloureuse dans sa première période; quand des douleurs surviennent, elles apparaissent sous forme de coliques utérines, c'est-a-dire intermittentes, passagéres: elles préludent souvent à l'avortement pour cesser avec lui. Si l'avortement est conjuré, les douleurs cessent aussitôt.

Dans la grossesse ectopique, la douleur est précoce: dans la moitié des cas, je l'ai vue survenir une semaine à peine après la cessation des dernières règles, c'es-à-dire après l'époque probable de la fécondation. Cette douleur est profonde, paroxystique, plus prononcée d'un côté, le plus souvent à droite, ce qui a pu faire croire dans un certain nombre de cas à des accidents appendiculaires.

Il est rare qu'elle cesse entièrement, même d'une façon temporaire. La femme éprouve un sentiment de tension, de gêne dans toute la région hypogastrique. Malgré cela, les selles ne sont pas douloureuses, et le plus souvent elles sont suivies d'un léger répit.

Les émollients locaux et les bains ne les calment guère.

Au second mois, la douleur s'accentue, et la femme ne peut que peu ou point garder la station debout; elle n'est bien qu'au lit.

A ce moment aussi, la perte sanguine qui survient ne semble pas la diminuer. Il y aurait plutôt et presque toujours parallélisme entre l'exagération de l'une et de l'autre.

Jusque-là, aucune trace de fièvre. Et pourtant le second mois se passe rarement sans que surviennent par poussées des accès fébriles avec douleurs aiguës, altération des traits et vomissements. Ce sont des péritonites localisées dues tantôt à la simple irritation de voisinage, le plus souvent à des ruptures partielles s'accompagnant de légers épanchements sanguins dans la péritoine, ou entraînant la formation d'adhérences.

C'est dans ces cas où des erreurs d'interprétation peuvent être commises. Appelé à voir des phénomènes de ce genre, j'ai cru une fois à une véritable appendicite; tout s'étant calmé au bout de 48 heures, et le diagnostic local devenant plus précis, l'erreur fut rectifiée.

La douleur en question est souvent, au cours du second mois, exaspérée par la survenance de contractions utérines intenses qui durent plusieurs heures et se terminent par l'expulsion de produits membraneux ayant les caractères histologiques et quelquefois la forme de la muqueuse utérine, c'est *l'expulsion de la caduque*, si souvent signalée au cours de la grossesse ectopique, et qui tout d'abord fait penser à la réalisation finale d'un avortement.

La continuation des douleurs, la persistance de l'écoulement sanguin et l'examen local ne tardent pas à relever l'erreur que l'on était sur le point de commettre, et viennent même affirmer davantage le diagnostic de grossesse ectopique auquel on avait pensé déjà.

Si l'évolution de la maladie n'est pas subitement arrêtée par la survenance de la rupture de la trompe ou du kyste fœtal, fait dont il sera dit un mot plus loin, la douleur persiste, s'exagère, rendant tout mouvement et toute fatigue à peu près impossibles, soit qu'il y ait formation d'hémato-salpynx soit qu'il y ait des poussées péritonitiques. Elle devient tellement prédominante qu'elle impose la recherche d'un diagnostic qui ne tardera pas à être déterminé.

II.—Ecoulements sanguins.

En thèse générale, la femme enceinte ne doit pas perdre du sang pendant la grossesse, et toute hémorrhagie survenant chez elle est signe d'avortement plus ou moins imminent.

L'inverse de cette proposition est la règle quand il s'agit de gros-

sesse ectopique. Sauf dans de rares cas, l'embryon ectopique succombe au bout de quelque temps, s'enkyste, se résorbe ou même se dissout, si cette mort survient lors des premières semaines.

La mort de l'embryon s'accompagne, comme dans le cas de grossesse ordinaire, de perte de sang. Mais dans ce cas l'expulsion du produit n'a pas lieu. Dès lors les pertes de sang recommencent sous forme de menstruation peut-être, mais de menstruation complètement irrégulière, *atypique*.

D'une façon très générale, la menstruation manque à son époque ordinaire: et ce n'est que quelques jours après que la femme perd du sang, en petite quantité, d'une façon continue ou intermittente, pendant 16 ou 15 jours. Ces pertes recommencent ainsi à plusieurs reprises, de sorte que s'il ne survient pas un cataclysme ou si l'on ne recourt pas à une intervention radicale, il n'est plus possible de distinguer la perte physiologique menstruelle de cette hémorrhagie pathologique.

J'ai eu l'occasion d'observer presque simultanément une femme ayant une grossesse molaire et une autre ayant une grossesse ectopique. Au point de vue des pertes sanguines, les deux se ressemblaient presque; mais quelles différences entre l'une et l'autre au point de vue des phénomènes subjectifs et objectifs!

Est-il possible, comme a tenté de le faire le Dr Weindler *(Arch. f. gynæcologie*, 1900), d'établir la *courbe des menstruations* caractéristiques de la grossesse ectopique, et de dresser un ou plusieurs graphiques type? Je ne le crois pas, car s'il est démontré que, sauf les cas de grossesse extra-utérine qui aboutissent au développement plus ou moins avancé d'un fœtus vivant, il se produit des pertes sanguines consécutives à l'avortement, celles-ci sont et restent jusqu'à la fin essentiellement *atypiques*.

La grossesse ectopique des premiers mois a une évolution différente suivant les cas.

Tantôt elle se termine par avortement avec expulsion du produit dans la cavité utérine et de là au dehors: c'est l'*avortement tubo-utérin*, fait assez rare, mais indéniable, que j'ai observé tout dernièrement chez une femme à qui je conseillais la laparotomie, et qui, bien entendu, est des plus favorables.

Tantôt l'œuf avorté tombe dans le péritoine (*avortement tubo-abdominal* avec des phénomènes concomitants de péritonite que l'on comprend aisément).

Tantôt enfin, l'œuf avorté reste à sont point primitif de fixation (la trompe presque toujours), et devient le point de départ d'hémato-salpynx plus ou moins volumineuses.

Si, dans le premier cas, tout phénomène pathologique cesse assez rapidement, il n'en est pas de même dans le second et le troisième. Douleurs et pertes sanguines persistent et appellent la recherche d'un diagnostic précis.

Il survient dans quelques circonstances (1 fois sur 5, d'après un relevé de 200 cas empruntés à divers auteurs), une complications nouvelle, c'est la *rupture* de la trompe et le plus souvent aussi du kyste fœtal avec *hémorrhagie cataclysmique, inondation péritonéale* et phénomènes consécutifs rapidement mortels. Cette complication est à redouter dans tous les cas: c'est elle qui assombrit si fort le pronostic de la grossesse ectopique.

Lorsque ce grave accident n'a pas été suivi de mort, bientôt l'écoulement utérin reprend avez la même marche irrégulière qu'avant, jusqu'à ce qu'une nouvelle hémorrhagie interne se reproduise. La laparotomie, si inopportunément différée lors de la première atteinte, a pu sauver plusieurs malades, comme en témoignent un grand nombre d'observations publiées dans ces derniers temps.

Après ce que nous venons de dire, on ne sanrait nier qne la notation exacte des écoulements sanguins, qui surviennent chez une femme présumée enceinte, n'ait une grande importance au point de vuc du diagnostic, tout au moins en mettant sur la voie d'un diagnostic différentiel dont fera toujours partie la grossesse.

III.—Examen interne

Si les anamnéstiques, les douleurs pelviennes, les pertes sanguines à marche atypique après une suspension ou une irrégularité menstruelle, mettent sur la voie du diagnostic d'une grossesse ectopique en voie d'évolution, celui-ci ne saurait être complet que grâce à l'examen interne (toucher et palpation bi-manuelle), que l'on doit faire toutefois avec précaution pour ne pas provoquer une rupture.

Le doigt explorateur arrive sur le col de l'utérus qui paraît ramolli et au peu plus volumineux. Cette augmentation de volume et ce ramollissement ne s'étendent pas jusqu'au corps de la matrice qui reste dur, allongé, au lieu de devenir souple, dépressible, rénitent ou même mou (signe de Hégar) comme dans la grossesse ordinaire.

Sur l'un des côtés de la matrice, tantôt tout à fait latéralement, le plus souvent en dehors et un peu en arrière vers le Douglas, le doigt perçoit une tuméfaction limitée et élevée au début, plus tard abaissée et plus ou moins diffuse, qu'il reconnait aisément avoir pour siège la trompe de ce côté. Cette tuméfaction, ou tumeur, est quelquefois dis-

tincte de la matrice à laquelle elle est reliée par un petit pédicule, tantôt sessile et presque confondue avec le bord latéral de l'organe, dont elle semble augmenter ainsi le diamètre transverse.

Si la distinction de cette tumeur unilatérale, sensible et rénitente est assez nette pendant les premières semaines, elle ne tarde pas à devenir moins évidente, moins facile vers la fin du premier mois, par suite de son évolution qu'il faut bien en convenir, est éminemment variable suivant les cas. Bientôt elle perd son caractère d'unilatéralité, envahit le cul-de-sac postérieur et vient proéminer en arrière du col, pendant qu'elle s'élève simultanément du côté de l'abdomen.

C'est que la grossesse ectopique a une évolution différente suivant les cas, qu'elle aboutit neuf fois sur dix à la formation d'une tumeur pelvienne, le plus souvent hémato-salpynx, habitée ou non, avec péritonite localisée, adhérences, et poches kystiques, sanguiues, séreuses, rarement purulentes. Cette évolution dégénérative est tantôt lente, tantôt rapide, le plus souvent paroxystique.

Le toucher vaginal seul, ou mieux combiné à la palpation, donnera donc des résultats très variables, importants surtout à constater aux diverses périodes de la lésion, dont il permet de noter les transformations successives.

Il faudrait à ce sujet refaire le diagnostic différentiel des diverses tumeurs pelviennes, tubaires, ovariennes, ligamenteuses, péritonéales et même utérines qui peuvent donner lieu aux mêmes sensations. Je ne m'attarderai pas à ce diagnostic différentiel si bien décrit dans les livres de Gynécologie et d'Obstétrique.

L'interprétation des sensations fournies par le toucher sera loin d'être toujours facile, et elle a souvent donné lieu à des erreurs; mais ces erreurs peuvent être évitées, ou tout au moins diminués en nombre, par l'attention soutenue et minutieuse.

Qu'on soit exposé à les commettre et qu'à la suite on soit amené à pratiquer des interventions chirurgicales (laparotomie dans presque tous les cas) qui n'étaient pas d'une urgence et même d'une indication absolues, le mal n'est pas aussi grand qu'on pourrait le supposer de premier abord.

N'est-il pas surabondamment démontré aujourd'hui qu'une laparotomie bien préparée et bien exécutée est presque toujours suivie de succès (98 p. 100), alors que la même opération, pratiquée d'urgence, sans préparation préalable, à l'improviste et dans des conditions déplorables par conséquent, risque de mauvais résultats?

Il ne faut pas oublier en effet que la rupture de la grossesse ectopique, même avortée, et l'inondation péritonéale sont sans cesse me-

naçantes, et qu'elles constituent un danger énorme qu'il convient de prévenir par une intervention précoce.

Qu'on lise un grand nombre des observations de ces derniers temps et on se convaincra facilement de cette vérité. Que de fois n'eût-on pas relaté que, en présence d'un diagnostic un peu douteux ou bien en comptant sur une évolution favorable, on a différé l'intervention, lorsque des accidents de rupture se sont produits inopinément, entraînant la mort en quelques instants, ou commandant une opération d'urgence presque toujours fatale!

Il n'est pas jusqu'aux conditions sociales de la malade, qui ne doivent entrer en ligne de compte pour décider la conduite à suivre.

Si, dans les classes riches de la société, on peut sans trop d'inconvénients attendré, parce que la femme sera tenue en continuelle observation, qu'on peut espérer une terminaison favorable par formation d'une lésion pelvienne chronique, laquelle s'amendera ou guérira même au bout de plusieurs années de repos et de soins qu'il lui est possible de prendre, et qu'enfin on aura tout prévu et préparé pour intervenir d'urgence en cas de besoin, il n'en est pas de même dans les classes pauvres.

Les femmes de cette catégorie sont plus exposées que les autres aux accidents de rupture: de plus, en admettant que la grossesse ectopique puisse guérir à la longue, elles ne peuvent faire les frais d'un long repos nécessaire pour en arriver là. Aussi serai-je tenté de dire avec O. Kustner que c'est peut-être un bonheur que d'être pauvre quand il s'agit de grossesse ectopique.

CONCLUSIONS

De l'exposé intentionnellement succinct qui précède, je déduis les conclusions suivantes:

I.—La grossesse ectopique est beaucoup plus fréquente qu'on ne le croit encore aujourd'hui.

Quand elle existe, une intervention chirurgicale s'impose, qui sera d'autant plus avantageuse qu'elle aura été plus précoce.

Le diagnostic précoce de la grossesse ectopique est donc du plus grand intérêt.

II.—Le diagnostic précoce de la grossesse ectopique est basé:

1° Sur les *anamnéstiques* (suppression ou retard d'une ou deux périodes menstruelles, troubles sympathiques de la grossesse au début, maladies métritiques ou paramétritiques antérieures).

2° Sur la survenance de *douleurs pelviennes* le plus souvent aiguës,

paroxystiques, apparaissant dès la seconde semaine et se continuant jusqu'à la fin.

3° Sur l'apparition d'*écoulements sanguins* à marche essentiellement *atypique*, ne rappelant que peu ou point l'hémorrhagie cataméniale et n'amenant à leur suite aucun amendement aux autres symptômes.

4° Enfin, sur les données de l'*examen interne* (toucher et palpation) qui fait constater l'existence d'une tuméfaction sur l'un des côtés de la matrice, d'abord distincte, plus tard confondue avec les autres organes pelviens.

III.—La survenance brusque des signes d'une inondation péritonéale sera rapportée à l'existence d'une grossesse ectopique.

La plupart des cas dits d'hématocèles, sinon tous, seront également supposés de même origine, et traités en conséquence.

TRAITEMENT DU CAS LE PLUS FREQUENT DE LA SETRILITE CHEZ LA FEMME PAR L'ELCTROLYSE

par Mr. DELINEAU (Paris)

La cause la plus commune de la stérilité chez la femme se trouve dans l'utérus et le grand coupable est le col de cet organe.

A l'état normal le col est libre dans le vagin. Il debouche dans cette cavité par un orifice. Il est arrondi chez la femme vierge d'enfant et allongé chez la multipare.

Sous l'influence d'accouchements laborieux, de métrites, le col se déforme aussi.

Au lieu de la fente ordinaire, légèrement beanté, on aperçoit à à l'examen chez la femme stérile, un orifice étroit réduit, souvent, à un petit pertuis, quelquefois imperceptible, c'est ce qu'on appelle l'atresie du col.

L' atresie n'est jamais absolue complète chez une femme reglée; cela se comprend.

Le conduit utérin peut aussi être retréci en un de ses points.

Il faut, en outre, remarquer que lorsque le col est atrésié, il y a presque toujours complication de catarrhe utérin. Alors l'orifiée rétréci se trouve de plus en plus obstrué par l'écoulement visqueux epais, que cet état pathologique provoque.

Le spermatozoïde se trouve arrêté. La fécondation ue peut avoir lieu.

Traitement: Le traitement consiste à élargir la route, c'est à dire à dilater la col et le canal atrésié et obstrué.

On a employé dans ce but la laminaire et les éponges preparées.

Les tiges de laminaire peuvent être taillées très finement; mais les éponges preparées ne peuvent l'être.

On obtient bien une certaine dilatation par les applications de laminaire, mais la dilatation ne persiste pas et l'utérus reprend très vite son état primitif et antérieur.

L'*Electrolyse* est le procédé de choix, c'est une opération sans danger pour la patiente. Il faut à l'opérateur un peu d'habitude pour diriger les appareils galvaniques et un peu de dextérité dans l'application du procédé.

Deux appareils sont nécessaires:

1° Une electrode spéciale.

2° Un appareil galvanique à courant continu.

I° L'*Electrode* que j'ai fait fabriquer est constituée par une tigo métallique de 20 centimètres de longueur, qui porte à son extremité, dite uterine, l'electrode proprement dite, longue de cinq centimètres, de forme triangulaire et effilée du haut. La pointe est garnie d'un petit protecteur d'ivoire, isolant.

Elle est en métal. Je donne la préférence à l'argent pur, depuis que des expériences ont mis en évidence les propriétés microbicièles et antifermentecibles de l'argent.

Cependant je me sers aussi d'electrodes en charbon de cornue, taillé en même forme triangulaire et allongée.

II° Il faut una *bonne pile à courant continu*, reliée par deux fils, á deux electrodes: l'une positive (ou anode) constituée pas une large plaque métallique recouverte d'une peau de chamois humide; l'autre, la négative (ou cathode) representée par l'electrode utérine que je viens de décrire.

La plaque doit être souple puis qu'elle doit être appliquée sur le ventre.

La pile doit être munie d'un galvanométre gradué en milli-ampères.

Pour fixer l'electrode utérine au rhéophore actif j'ai fait construire un petit instrument spécial que j'appelle:

Electrodophore.—Il est en aluminium, par conséquent léger, peu encombrant.

Il rappelle par la forme un instrument dout les tourneurs se ser-

vent pour fixer solidement les pièces à tourner. Il est percé de plusieurs trous destinés à recevoir le plus commodement possible, le piton terminal du fil conducteur.

Un manchon en celluloïde isolant, approprié au calibre de la tige métallique est indispensable pour éviter toute déviation du courant.

Mauuel opératoire.

Il est entendu que le courant negatif est le seul utilisable.

Son actíon est résolutive. Son escharre est molle et peu retractile. Elle n'adhere pas au tissu.

Il est important de bien verifier la nature du pole relié à l'électrode uterine et ce ne pas se tromper.

L'emploi du pôle positif produisant un effet tout contraire à celui que l'on cherche à obtenir, il augmenterait la sténose du col, occasionnerait l'adhérence au tissu et comme conséquence une hemorrhagie.

C'est donc le pole négatif qui doit être rattaché à l'électrode à tenir.

La patiente étant dans la position ordinaire de l'examen au speculum et cet instrument étant introduit (je me sers toujours du speculum bivalve pour mettre au clair le col de l'uterus). Je mesure la profondeur du canal utérin au moyen d'un hysteromètre, j'utilise le manche du spéculum en y fixant le rheophore actif, ce qui me permet de ne pas m'immobiliser devant la malade pendant la durée de l'opération, de surveiller aisément l'aiguille du galvanomètre et de pouvoir régler facilement l'intensité du courant suivant la tolérance de la malade qui ne doit pas ressentir de douleur.

La séance doit durer 10 à 15 minutes.

On fait passer un courant de 10 à 30 milliamperes appuyant legerement sur l'electrode actue. Celle-ci doit s'enfoncer lentement d'un ou deux centimètres dans le canal.

Quand l'opération est terminée on ramène lentement sans secousses l'aiguille à zero.

L'electrode est toujours recouverte d'un exsudat provenant de la décomposition electrolytique des tissus touchés. Il faut l'essayer, la nettoyer et la plonger dans l'alcool absolu et lui rendre son poli en la frottant énergiquement avec une peau aseptique.

Une électrolyse bien faite ne doit jamais provoquer d'écoulement sanguin.

Je termine l'opération par un pansement vaginal à l'ouate hydrophile.

En resumé: l'Electrolyse du col et du canal de l'utérus est l'opération de choix dans les cas de stérilité dépendant d'une atresie du col.

Sur cent femmes stériles possédant un mari dont le liquide spermatique a été reconnu à l'analyse de bonne qualité et soignées par mon procédé, soixante et onze ont vu leur ambition de devenir mère se réaliser et l'opération couronnée de succès.

Cette opération a donc son importance. Elle doit être mise en pratique sans crainte de danger et complications toutes les fois que l'indication s'en présente.

ESTUDIO NECROPSICO Y CLINICO DEL VACIAMIENTO PELVICO EN EL CARCINOMA UTERINO

por el Dr. **SEBASTIAN RECASENS** (Madrid).

La frecuencia de las recidivas después de la extirpación del útero por la vía vaginal, sacra y perineal en los casos de cáncer del útero, indujo á los ginecólogos á buscar nuevos métodos operatorios que permitieran una exéresis más completa de los tejidos invadidos por el carcinoma, y la histerectomía abdominal por el procedimiento de Freund, que había sido relegada al olvido, volvió á ser erigida en método de elección por Rumpf (1), Ries, Clark (2), Funke, Peisier, Gubaroff (3), Jacobs (4), Cullen (5), etc., por reducir los perfeccionamientos técnicos su gravedad, á un límite muy próximo á la que ofrece el método vaginal y ser posible con ella la extirpación, no sólo del útero enfermo, sino también de los parametrios y ganglios pelvianos, que al igual que en las demás localizaciones del neoplasma canceroso, tienen gran tendencia á ser invadidos.

La imposibilidad de extirpar los ganglios pélvicos cuando se practica el método vaginal, ha sido el motivo que ha inducido á la mayoría de los ginecólogos, á aceptar la vía abdominal como vía de elección, y ha motivado así mismo una serie de trabajos de índole anatómica para conocer de modo exacto la situación de los ganglios nor-

(1) Rumpf. «Central fur gyn», pág. 849-1895.
(2) Clark. «Bull. Ihons Hopkens Hospital», pág. 52. 1896.
(3) Goubaroff. «Congrès de Moscou». 1897.
(4) Jacobs. «Reone Ginecol». Pozzi, 1898 y 1900.
(5) Cullen. «Obstetrics journal», New-york, 1897.

males pélvicos. Los trabajos de Poirier (1), Peisier (2), y los más recientes de Marcille (3), han llegado á un grado de perfección muy notables, en lo que se refiere á la situación de las cadenas ganglionares. Pero aun cuando la anatomía normal de estos órganos, está en sus rasgos principales bien delineada, falta en el concepto anatomo-patológico establecer si las vías linfáticas son indiferentes á la propagación carcinomatosa ó si tiene predilección el proceso neoplásico por unas vías con referencia á otras. Esto es lo que en este trabajo hemos procurado investigar, considerando que la resolución de este problema ha de determinar la línea de conducta del ginecólogo al encontrarse en el caso de extirpar un útero carcinomatoso.

Que la propagación linfática se halla muchas veces, es indubitable; las estadísticas de Williams (4) dan un 74 por 100 de casos de invasión ganglionar en sus operados. Peisier (5) admite un 50 por 100, Jacobs (6) un 90 por 100, Doederlein (7) 69 por 100. Nosotros, en un conjunto de nueve histerectomías abdominales, hemos encontrado en cinco casos adenopatía evidente. En dos operaciones abdominales que hemos practicado por recidiva del carcinoma después de la histerectomía vaginal, hemos encontrado en una, un tumor ganglionar perióstico del tamaño de un huevo de paloma, y los otros ganglios pelvi-lumbares notablemente aumentados de volumen, sin llegar sin embargo ninguno á tener el tamaño de una almendra. En cambio, en otro caso, á pesar de recidiva local muy manifiesta, apenas si podían reputarse infartados los ganglios linfáticos.

En las cuatro necropsias que hemos tenido ocasión de practicar en mujeres que han muerto de caquexia cancerosa sin haber sufrido operación alguna, en todas hemos encontrado infartos ganglionares, pero la proporción de las adenopatías no guardaba relación alguna con los progresos de la enfermedad. En ningún caso encontramos verdaderos tumores de origen ganglionar, á pesar de llegar en todos ellos la infiltración paramétrica á constituir verdaderos bloques neoplásicos, donde se confundía la parte inferior del órgano uterino con todos los tejidos circundantes.

En la III observación necrópsica, es en la que mayor volumen tenían los ganglios pélvicos, y aun cuando había fallecido la mujer por

(1) Poirier. «Traité d'anatomie».
(2) Peisier «Revue Ginécologie», 1899.
(3) Marcille. «Thessis». París, 1902.
(4) Williams. «Brit gyn-journal», núm. 2, 1896.
(5) Peisier. «Loc. cit».
(6) Jacobis. «Revue ginécologie», 1901.
(7) Doederlein. «Cent. fur gyn», núm. 6, 1902.

caquexia, los paramétricos, si bien invadidos, no llegaban á constituir la masa neoplásica que en las otras; en cambio, en la II observación, los parametrios estaban tan infiltrados, que los uréteres resultaron comprimidos y el curso de la orina se había detenido dando lugar á una hidronefrosis doble y á una enorme dilatación ureteral, y á pesar de tal infiltración del tejido celular, los ganglios linfáticos estaban poco infartados, exceptuando el del nervio obturador que ofrecía en el lado derecho una longitud de 64 milímetros.

En la observación IV encontramos lesiones paramétricas que llegaban hasta el punto de inserción de los ligamentos anchos en los lados de la pelvis y los ganglios, que en este caso eran bastante gruesos, más que base de nuevas neoplasias, ofrecían el aspecto de ganglios caseosos de naturaleza tuberculosa.

En un conjunto de ochenta histerectomías vaginales por cáncer, hemos podido en cuarenta y seis reconocer las enfermas en estado de recidiva y sólo hemos hallado manifestaciones clínicas de reproducción á distancia, en una sola en la que no encontrándose nada en la pelvis, ni por la palpación ni con el espéculum y tacto, se desarrolló una neoplasia cancerosa en la región lumbar, que llegó á tener el volumen de una naranja; en todos los demás casos siempre hemos reconocido la reproducción inmediatamente por encima de la cicatriz vaginal.

De modo que ni en el estudio clínico ni en el necrópsico, encontramos la manifestación de invasión ganglionar como la más importante, sino por el contrario, la propagación paramétrica ocupa el primer lugar.

Esta afirmación en la que se fundaron Pawlik (1), Mackenzoth (2), Schuchardt (3), Krausse (4), para verificar extensas incisiones paravaginales, con el objeto de extirpar, no sólo el útero, sino los parametrios que puedan suponerse invadidos por el proceso neoplásico, y es esto mismo lo que lleva á los ginecólogos á aceptar la histerectomía abdominal como vía de elección operatoria.

Los perfeccionamientos técnicos que ha aportado Wertheim (5), me parecen, en relación al modo como se propaga y reproduce el carcinoma uterino, de mucha mayor importancia práctica que los que se fundamentan en la simple extirpación de algunos ganglios linfáticos.

(1) Pawlik. «Arch. Tocol.», Paris, 1890, pág. 257.
(2) Mackenzoth. «Central. fur gyn», T. XIX, pág. 16.
(3) Schuchardt. «Zeits l. Geb. ú Gyn l.», 405, T. 28.
(4) Krause. Centrebalt fur Chiru.» 1895, núm. 9.
(5) Wertheim. «Revue geneologie», Junio 1901 y Octubre 1902.

Veamos, antes de pasar adelante, qué es lo que nos enseñan las necropsias con referencia á la propagación por vía linfática. Para este estudio hemos utilizado los cadáveres, porque no existiendo privación por las condiciones de tiempo, el examen de la propagación linfático-ganglionar puede ser hecho con toda escrupulosidad, al tiempo que la observación del estado del sistema linfático pelviano en las muertas de carcinoma nos puede servir para determinar si dentro de la propagación linfática tiene ó no vías de predilección la difusión del proceso.

En la nomenclutura anatómica seguimos á Marcille, pues hemos comprobado la exactitud de su trabajo y, como material, hemos aprovechado el que con exquisita galantería nos ha proporcionado el eximio cirujano y notable ginecólogo del Hospital provincial, Dr. Isla.

Obs. I.—Cáncer del cuello del útero: invasión de los parametrios hasta el punto de formar un block uniforme, en el que se hallan englobados: la parte superior de la vagina, cuello del útero, cara posterior de la vejiga perforada, cara anterior del recto, tejido celular de los ligamentos anchos hasta su continuación con el de las paredes ilíacas internas; los uréteres, si bien estaban englobados en la masa invadida, no tenían ocluída su luz.

Al explorar los ganglios linfáticos, pudimos reconocer en el lado derecho: a) ganglios retro-crurales del tamaño de un guisante grande en relación con otros inguinales externos algo mayores. El retro crural externo se hallaba en comunicación por sus eferentes con dos ganglios ilíacos externos situados entre la arteria y el borde del psoas, cuyo tamaño llegaba escasamente al de medio garbanzo; b). No pudimos encontrar los prevenosos medio ni superior, á pesar de buscarlos detenidamente y extirpar el tejido celular prevenoso; c). El grupo retro crural interno, cuyo ganglio más importante lo forma el ganglio del nervio obturador, estaba constituído por tres ganglios, cuyo tamaño no llegaba á un centímetro en su diámetro mayor.

Los ganglios del grupo hipogástrico no pudieron ser encontrados en este lado porque la invasión neoplásica llegaba hasta la misma arteria hipogástrica.

Los grupos de la ilíaca primitiva estaban: el externo ligeramente aumentado de volumen; los internos ó del promontorio inapreciables, y los retro vasculares situados en la foseta lumbo-sacra, formando una masa del tamaño de un garbanzo pequeño constituída por dos ganglios íntimamente unidos.

En el lado izquierdo había: a) el grupo externo de la ilíaca externa formado por tres ganglios ligeramente aumentados de volumen; b) el

prevenoso superior algo mayor que un guisante y c) el del nervio obturador de un tamaño de 37 centímetros.

En el origen de las ramificaciones de la arteria hipogástrica que en este lado pudimos reconocer por no llegar á ella la induración neoplásica, no pudimos encontrar ganglio alguno. Los ganglios del grupo ilíaco primitivo estaban: a) los externos aumentados notablemente de volumen; b) los internos ó del promontorio inapreciables á la inspección simple y á la disección hecha después de extirpado el tejido celular y c) los de la foseta lumbo-sacra, aumentados de volumen, aunque en grado menor que en el lado derecho.

No pudimos encontrar los ganglios que describe Marcille al lado del segundo agujero sacro.

Obs. II.—Mujer de unos 60 años; cáncer del cuello, extensísimo; según opinión del distinguido ginecólogo Dr. Isla, á cuyo cuidado estuvo la enferma, ésta murió con los síntomas de intoxicación urinosa; con efecto: lo primero que llamó nuestra atención al abrir el vientre, fué, aparte de una ascitis abundante, el estado de los uréteres, que tenían un diámetro como el del dedo pulgar, debido á la distensión por oclusión de la extremidad inferior producida por el englobamiento de los mismos en una masa canceroso-parametrítica.

Esta dilatación ureteral llegaba hacia la pelvis renal, que se hallaba distendida en ambos lados, constituyendo un hidronefrosis doble.

El examen de los ganglios dió el siguiente resultado: lado derecho, grupo ilíaco externo, ganglio retro crural externo del tamaño de un guisante, continuándose con una serie de tres ganglios situados por fuera de la ilíaca externa, entre ésta y el borde interno del psoas, cuyo tamaño era algo mayor que el del retro crural externo. Ganglios prevenosos, medio y superior infartados, del tamaño de medio centímetro; ganglio retro crural interno, de forma semilunar, infartado, del tamaño de ocho milímetros, se continuaba con el ganglio del nervio obturador situado al lado interno de la vena ilíaca externa, cuya forma era muy alargada; su grosor era escasamente de un centímetro; su longitud 64 milímetros y estaba colocado á lo largo del borde de la vena en sentido casi horizontal.

Los ganglios inguinales externos formaban una pléyade perfectamente perceptible al tacto, sin que ninguno alcanzara á tener un centímetro de tamaño.

El grupo ganglionar hipogástrico estaba muy poco infartado; sólo pudimos aislar dos ganglios situados en el punto de emergencia de la vaginal y de la uterina, cuyo tamaño no pasaba del de un guisante.

El grupo de la ilíaca primitiva situado á su lado externo, estaba

muy infartado; había dos ganglios que tenían el tamaño de garbanzos y se continuaban con los lumbo-aórticos, que estaban también notablemente aumentados de volumen. La cisterna de Pequet estaba muy aumentada de volumen.

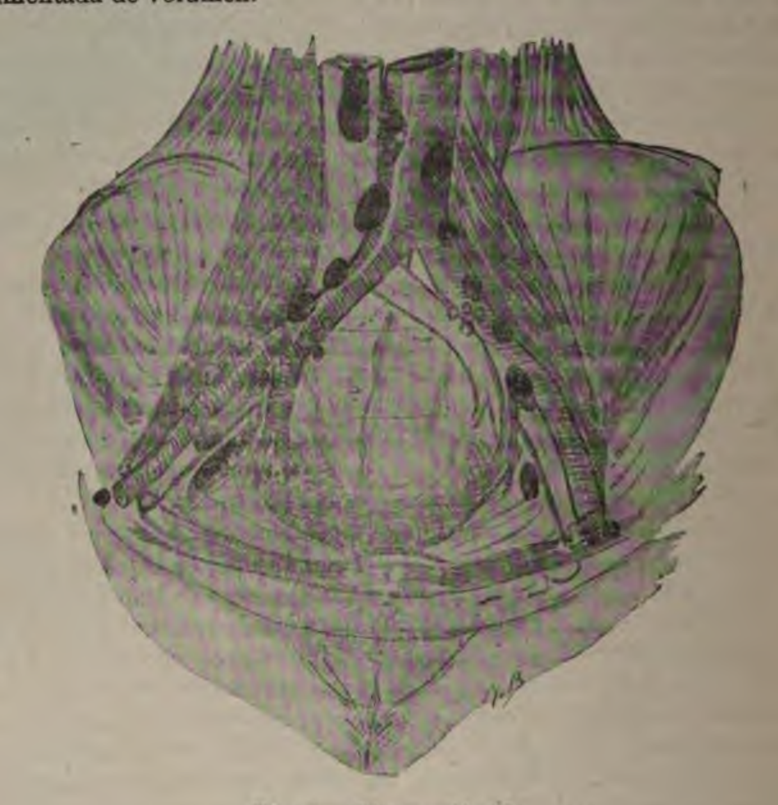


Fig. 1.—Observación II.

Los ganglios de la fosa lumbo-sacra estaban algo infartados, pero ninguno de ellos alcanzaba un centímetro de tamaño.

Entre la aorta y la cava, separando ambos vasos y á nivel de la tercera lumbar, había un ganglio del tamaño de dos centímetros. El grupo del promontorio era imperceptible, y no pudimos encontrar rastro alguno de ganglios linfáticos á los lados de los agujeros sacros superiores

En el lado izquierdo: los ganglios retro-crurales y los inguinales ofrecían la misma disposición é infarto que en el lado derecho; los situados al lado externo de la arteria ilíaca externa, si bien infartados,

lo estaban mucho menos que en el otro lado; no pudimos encontrar el prevenoso medio y sí uno alargado en sentido antero-posterior inmediatamente por delante de la división de la ilíaca y encima de la vena.

El ganglio del lado interno de la vena, que en el lado derecho tenía 64 milímetros de largo, en éste no formaba más que un nódulo del tamaño de medio garbanzo.

Los ganglios de la línea primitiva menos infartados que en el lado



Fig. 2.—Observación III (lado derecho).

derecho, se continuaban con los pre-aórticos que estaban muy aumentados de volumen. El grupo de la fosa lumbo-sacra estaba asimismo infartado, formando en conjunto una masa algo mayor que la del lado derecho.

El grupo del promontorio y el sacro lateral no pudieron encontrarse, á pesar de un minucioso examen.

En el espesor del tejido celular que forma el parametrio no pudimos reconocer masa ni nódulo ganglionar alguno; la invasión cancerosa había formado un block en el que se perdían las estructuras de la arteria uterina, uréter y tejido conjuntivo, hallándose algunos focos hemorrágicos y de degeneración.



Fig. 3.—Observación III (lado izquierdo).

Obs. III.—Mujer de unos 45 años, útero doblado de volumen, propagación á los parametrios formando una masa dura, leñosa, que se corría hacia atrás invadiendo todo el tabique recto vaginal en su par-

te alta, propagación al recto: por la parte anterior derrames equimóticos sub-peritoneales, extensión del proceso canceroso á la túnica externa de los intestinos que estaban en contacto con la lesión cancerosa: epiploon atrofiado: estado de demacración de la mujer llevado á un grado extremo.

El examen del sistema ganglionar dió el siguiente resultado: lado derecho: grupo ilíaco externo, a) ganglio retro-crural externo del tamaño de un cañamón; íd interno tamaño de un guisante: ganglios que siguen el borde externo de la ilíaca externa no infartados hasta la cercanía de la división de la ilíaca primitiva en que se encontraron 3 del tamaño de guisantes, b) grupo prevenoso: solo se observó el prevenoso medio del tamaño de la mitad de un garbanzo con vasos aferentes procedentes del grupo interno y con los eferentes que iban á parar á los ganglios del lado externo de la ilíaca, que estaban ligeramente infartados: c) grupo interno: además del retro-crural interno del tamaño de un guisante que hemos mencionado ya, encontramos el ganglio del nervio obturador colocado en el lado interno de la vena ilíaca externa, hacia su parte media por encima y por dentro del nervio obturador, que tenía el tamaño de un garbanzo grande; ganglio ligeramente alargado en el sentido horizontal.

El grupo de la arteria hipogástrica ofrecía en este lado los siguientes caracteres: un ganglio del tamaño de un guisante en el punto donde arranca la arteria uterina, otro del tamaño de un cañamón en el punto donde arranca la hemorroidal media: ningún otro ganglio pudo ser encontrado en las demás divisiones de la hipogástrica.

Los ganglios ilíacos primitivos los dividimos para este estudio, al igual que Marcille, en externos, medios é internos: el grupo externo seguía la cadena ganglionar externa de la ilíaca de este nombre, aumentando su volumen cada vez más á medida que ascendíamos, llegando á tener el tamaño de avellanas los que eran preaórticos altos. Hay que hacer notar que á estos ganglios preaórticos venían á parar los eferentes del intestino que después de haber infartado notablemente los mesentéricos, habían recibido su linfa.

El grupo retro-vascular, compuesto de tres ó cuatro ganglios que ocupan la cavidad lumbo-sacra constituída afuera por el borde interno del psoas, adentro por la quinta lumbar; el fondo por el ala del sacro y cubierto todo por los vasos ilíacos primitivos, estaba evidentemente infartado; el grupo venía á tener el volumen de una avellana grande formada por cuatro ganglios reunidos por pequeña cantidad de tejido celular y los vasos linfáticos de unión.

El grupo interno formado por los ganglios del promontorio, no se

hallaba infartado en este lado, ni tampoco pudo encontrarse nódulo ganglionar alguno en los lados de los agujeros sacros segundo y tercero.

En el lado izquierdo: a) grupo ilíaco externo: ganglio retro crural del tamaño de un guisante; cadena ganglionar externa no estaba infartada aparentemente, el primer ganglio perceptible á simple vista tenía el tamaño de un cañamón y estaba situado por encima de la división de la ilíaca primitiva; b) grupo prevenoso: ganglio medio del tamaño de un guisante; el superior, en la división de la ilíaca, encima de la vena estaba infartado del tamaño de medio garbanzo: c) grupo interno: retro crural interno de forma semilunar, de tamaño 1 centímetro de largo por 4 ó 5 milímetros de grueso: el ganglio del nervio obturador se hallaba situado profundamente por debajo, y adentro de la vena ilíaca externa, tenía unos 28 milímetros de longitud por unos 8 de grueso.

Los ganglios de las divisiones de la hipogástrica no estaban infartados; solo pudo encontrarse un nódulo de aspecto ganglionar en la emergencia de la uterina de este lado, pero como quiera que el endurecimiento carcinomatoso llegaba hasta allí, no pudimos establecer si era ciertamente un ganglio ó no.

Los ganglios ilíacos primitivos externos se hallaban infartados, pero su tamaño era menor que los del lado derecho. Los de la fosa lumbo-sacra eran algo más gruesos en este lado que en el opuesto; el grupo del promontorio estaba constituído por tres ganglios grandes como guisantes y se hallaron dos nodulitos del tamaño de un grano de mijo, á los lados del segundo agujero sacro lateral.

Los uréteres en su extremo superior estaban englobados en la masa paramétrica y su estructura muy modificada; el tamaño era doble del normal. No había hidronefrosis en ningún riñón.

Obs. IV.—Mujer de unos 50 años; cáncer del cuello del útero; invasión paramétrica extensa; uréteres englobados en el tejido carcinomatoso; dilatación uniforme de su calibre; hidronefrosis poco acentuada en el lado izquierdo y algo más en el lado derecho.

Lado izquierdo: ganglios del grupo ilíaco externo en la siguiente disposición: cadena ganglionar situada en el lado externo de la arteria ligeramente infartados; ganglio prevenoso medio no se encontró; prevenoso superior situado en la división de la arteria ilíaca primitiva con un volumen como el de una almendra gruesa, de consistencia blanda y formado por una masa caseosa análoga á la que se encuentra en las cavernas pulmonares de los tuberculosos. Cadena ganglionar situada por dentro de la vena ilíaca externa, no se pudo encontrar p[illegible]

haberse la neoplasia uterina propagado por los parametrios hasta llegar á estar en contacto con la fosa ilíaca de este lado.

Lo mismo nos ocurrió al buscar en el origen de las ramificaciones de la hipogástrica de este lado. Ganglios de la fosita lumbo sacra de

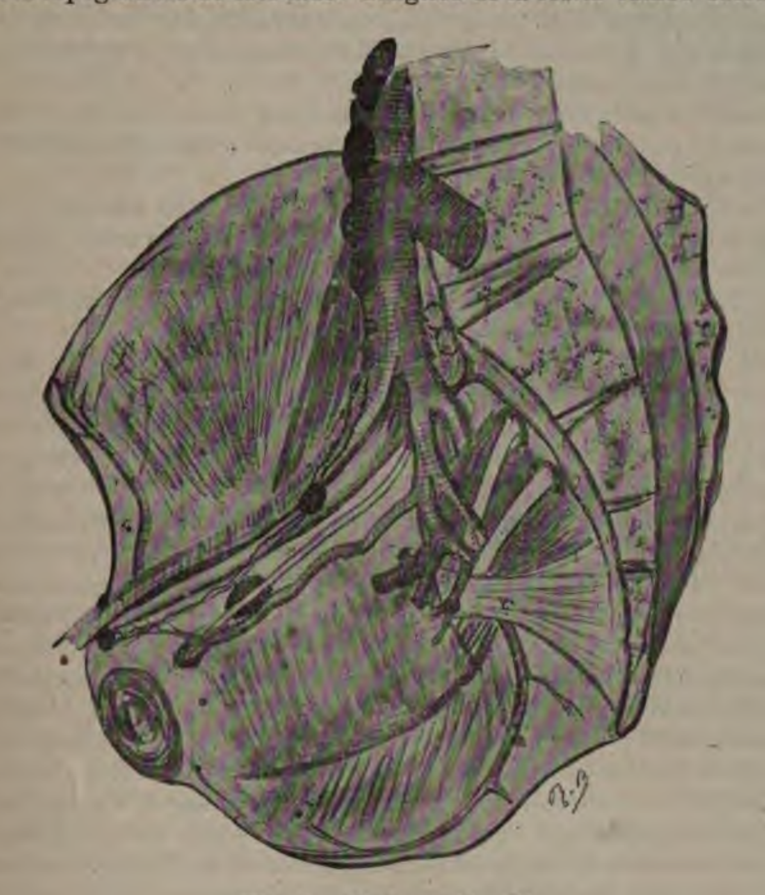


Fig. 4.—Observación IV.

este lado, notablemente aumentados de volumen pero de consistencia sumamente dura.

Ganglios situados alrededor de la ilíaca primitiva muy gruesos de consistencia dura, continúase la cadena hasta por encima del origen de las renales. La cisterna de Pequet tenía la consistencia blanda, el aspecto caseoso y su longitud pasaba de 6 centímetros; todos los ganglios situados detrás de la cava ofrecían análogo aspecto.

Lado derecho: cadena ganglionar externa muy infartada; ganglios duros unos y otros en plena degeneración caseosa; cadena prevenosa formada de dos ganglios del tamaño de gruesos garbanzos; ganglio del nervio obturador de unos tres centímetros de longitud.

Grupo hipogástrico: dos ganglios en estado de degeneración y algunas masas de infiltración que impiden distinguir si en su seno existe algún nódulo ganglionar.

Ganglios de la fosita lumbo-sacra en igual estado que en el lado izquierdo; ganglios del promontorio formando un grupito perfectamente apreciable á simple vista.

Ganglios de la cara anterior del sacro, se encontró una masa del tamaño de un guisante por delante del segundo agujero sacro que no pudimos cerciorarnos de su verdadera naturaleza.

El examen bacteriológico de las masas caseosas he has por el doctor del Río, demostró no ser de naturaleza tuberculosa.

En realidad, el número de necropsias no es suficiente para establecer conclusiones definitivas, pero son bastante para demostrarnos que la mayor importancia patológica corresponde más á la degeneración y destrucción local que á la propagación linfática. Esta existe en todos los casos, pero comparando el estado del infarto localizado en la mayoría de observaciones, con las extensas lesiones de los órganos vecinos al cuello del útero, que en algunos casos llega á comprimir el uréter y á producir la muerte por uremia, lleva al ánimo el convencimiento que la parte más interesante de la operación del carcinoma uterino, ha de consistir, no sólo en extirpar la matriz, sino todos los tejidos que le rodean que no formen parte de órganos cuyo funcionalismo debe ser respetado.

Otro hecho positivo hemos podido comprobar en todar las necropsias, y es este que el infarto de los ganglics linfáticos no se halla nunca limitado á los ilíacos, sino que en todos los casos lo estaban asimismo los periaórticos, la cisterna de Pequet y aun los que rodean á aquellos vasos por encima de la emergencia de las renales. Este hecho debe llamar poderosamente la atención de los ginecólogos al intervenir en operaciones de esta índole, porque desde el momento que la extirpación ganglionar se verifica por estar infartados los ganglios, hay que llevarla muy arriba hasta que termine la cadena, y esto, ni es posible, ni puede fisiológicamente aceptarse su inocuidad, á menos que no se acepte la teoría que los ganglios sirven de elementos fagocitósicos que pueden por sí destruir los elementos carcinomatosos, en cuyo caso no estaría justificado tampoco extirpar los ilíacos, pues quitamos al organismo este medio de defensa.

Otro punto observado en estas necropsias es que el infarto de los ganglios ilíacos externos, así los que están por fuera, como los prevenosos é internos, en mayor ó menor escala se han podido demostrar, en tanto que los hipogástricos nunca se han hallado de gran volumen, y aun en muchos casos solo se han podido reconocer uno ó dos. Los del promontorio sólo se han encontrado en dos observaciones; los que corresponden á la cara anterior del sacro una sola vez, en tanto que los de la fosita lumbo-sacra, se han hallado con igual frecuencia que los ilíacos externos.

De modo que á pesar de tratarse de mujeres que han fallecido á consecuencia de los progresos de un carcinoma cervical, apenas si en algún caso se han encontrado los ganglios del promontorio y los situados á los lados del segundo agujero sacro ligeramente infartados, Este fenómeno debe tenerse muy presente, pues los tiempos más difíciles de realizar en la operación de Joanesco (1) son precisamente los que exigen el desprendimiento del meso colon ilíaco y del meso recto para extirpar el tejido celular que envuelve los ganglios del promontorio y los sacro laterales.

Este hecho es tan importante, cuanto no estimamos inofensivo el desprendimiento de estos mesos, aun cuando no sea más que de una hoja, pues la extirpación del tejido celular significa la rotura de gran número de vasos nutricios del intestino, que por la menor vitalidad á que se sujeta éste, pueden ser causa de gangrenas ó de infecciones procedentes de su interior.

Examinemos ahora lo que la práctica en el vivo nos ha permitido reconocer: Sólo nueve veces hemos practicado la histerectomía abdominal por cáncer, de las cuales en cinco había infarto ganglionar evidente en los ganglios ilíacos externos, así como en los de la fosa lumbo-sacra, y en un caso, al llegar al punto de origen de la ilíaca primitiva, cesamos la denudación, si bien convencidos que más arriba continuaban los infartos. Pues bien, de estos cinco casos, solo en dos encontramos ganglios infartados en el origen de la uterina, y en ninguno pudimos apreciar los del promontorio. Solo en un caso incindimos el meso colon ilíaco, pero tampoco pudimos hallar ni los del promontorio ni los sacro laterales.

Las observaciones de estos cinco casos, por lo que se refiere al punto que estudiamos, van á continuación.

Obs. V.—Carcinoma uterino cervical en una mujer de 43 años: útero fijo; parametrios endurecidos; síntomas predominantes: dolor y hemorragias.

(1) Joanesco: «Revue de ginecologie», núm. 5, 1902.

Histerectomía abdominal por el procedimiento de Richelot (1); una vez extirpada la matriz, con la sonda acanalada y las pinzas, fuimos extirpando el tejido celular del ligamento ancho dejando los uréteres denudados parcialmente; ganglios ilíacos externos infartados; los ilíacos primitivos lo mismo, llegando hasta la aorta, en donde detuvimos la disección; ganglios de la fosa lumbo-sacra infartados en ambos lados; en el origen de la uterina izquierda pudimos encontrar uno pequeño; los del promontorio no se pudieron encontrar, así como tampoco los de la cara anterior del sacro, por no haber desprendido el meso colon ilíaco. Curación operatoria. Reproducción *in situ* cuatro meses después de la operación.

Obs. VI.—Mujer de 32 años; carcinoma cervical limitado. Embarazo de dos meses. Histerectomía abdominal.

La operación se practicó por el procedimiento de Richelot, yendo después de la extirpación del útero en busca de los ganglios ilíacos externos, encontrando los del nervio obturador en ambos lados muy infartados, lo mismo que los prevenosos; no se encontró ninguno en las ramificaciones de las hipogástricas.

En esta enferma los parametrios parecían del todo sanos. Hasta la fecha no se nota signo de reproducción (hace diez meses que fué operada).

Obs. VII.—Mujer de 57 años; carcinoma ulcerado del cuello que producía grandes hemorragias.

Histerectomía abdominal por el procedimiento de Wertheim: si bien los parametrios parecían sanos, se siguió en la técnica el precepto de extirparlos en la mayor cantidad posible. Ganglios infartados en ambos lados, principalmente los ilíacos externos y los de la fosita lumbo sacra. No se pudieron reconocer al tacto los del promontorio. Curación. Las noticias de la enferma hasta la fecha, que han transcurrido nueve meses de la operación, son buenas.

Obs. VIII.—Mujer de 51 años; carcinoma intracervical que producía hemorragias profusas. Utero fijo: invasión paramétrica.

Histerectomía abdominal en la que pretendimos una disección análoga á la recomendada por Joanesco. Los ganglios ilíacos externos y los de la fosa lumbo-sacra se pudieron extirpar bien; en el promontorio no encontramos ninguno á pesar de haber incindido la hoja derecha del meso colon ilíaco; en las ramificaciones de la hipogástrica, encontramos dos del tamaño de guisantes en el lado izquierdo y uno en el derecho. No pasamos del origen de la ilíaca en la rebusca de ganglios. La intensidad del traumatismo y la duración de la operación

(1) Richelot, «Chirurgie de l'uterus,» 1902.

(siete cuartos de hora) colapsaron á la enferma de modo muy grave; 48 horas después reaccionó; todo parecía marchar bien, cuando al cuarto día aparecieron síntomas de infiltración urinosa, debida con seguridad al esfacelo de uno ó de los dos uréteres que habían quedado denudados, al extirpar los parametrios; los primeros tres días la orina salió clara (mediante el cateterismo); al cuarto día anuria, y muerte al quinto día de la operación.

Obs. IX.—Mujer de 37 años; diagnóstico clínico. Neoplasia maligna del cuerpo del útero consecutivo á un fibromioma. Hemorragias profusas; flujo icoroso abundante. Histerectomía abdominal, procedimiento Richelot. Ganglios ilíacos externos muy infartados, especialmente el prevenoso medio del lado derecho; los del promontorio no se encontraron; tampoco pudo observarse infarto alguno en los ganglios de la hipogástrica. La operación duró en total 50 minutos.

El estado general fué bueno en los cuatro primeros días, apareciendo después signos de obstrucción intestinal, estercoremia y muerte á los 8 días. Lo más notable de este caso es que no habiendo lesiones cervicales, los infartos ilíacos externos eran muy pronunciados.

Obs. X, XI, XII, XIII.—Carcinomas del cuello del útero; extirpación del útero en las 3 primeras, por el procedimiento de Richelot y en el cuarto por el de Wertheim. En ninguno se encontraron ganglios infartados á pesar de estar en tres de ellos el útero fijo por ligera infiltración del parametrio.

Los resultados operatorios fueron buenos en las cuatro observaciones. La X y XII se reprodujeron *in situ* á los 10 y 7 meses respectivamente; la XI seguía bien, según mis noticias, 18 meses después de operada y lo mismo la XIII á los 7 meses.

Del examen del conjunto de las observaciones resulta que el infarto ganglionar no necesita para producirse que existan lesiones ostensibles del parametrio, así como tampoco se encuentra siempre aquél cuando éstos están invadidos. De las nueve observaciones en el vivo, en dos había infiltración parametrítica é infarto ganglionar; en tres había infarto, con parametrios sanos, y en otras tres con el útero fijo estar aquéllos invadidos no se encontraron ganglios aumentados de volumen.

Por otra parte, ninguna relación puede establecerse entre la importancia de la invasión del tejido periuterino y el mayor ó menor grado de infarto, pues en la observación I se encontraron los ganglios relativamente pequeños, á pesar de formar el útero y parametrios un block enorme.

De mis 9 operadas murieron dos consecutivamente á la operación;

de las siete restantes se han reproducido las de las observaciones V, X y XII; no habiendo transcurrido un año, más que en la XI no podemos tener todavía ninguna garantía de curación absoluta.

Todas las reproducciones hánse verificado *in situ*, y si á esto agregamos los cuarenta y cinco casos que hemos visto reproducidos del mismo modo después de la histerectomía vaginal, podemos con verdadera garantía de certeza atribuir á los elementos cancerosos que quedan en los espacios linfáticos de los parametrios la causa de la reproducción y aceptar en consecuencia como el mejor método operatorio el que como el Wertheim dedica la mayor importancia á la extirpación de los parametrios.

La exeresis extensa de los parametrios tiene como dificultad mayor la situación de los uréteres; su denudación completa significa un peligro muy grande de gangrena consecutiva, como ocurrió en nuestra observación VIII, y si no se denuda por completo, dejamos trozos de tejidos en los que la infiltración cancerosa puede persistir; la separación ó puente que dice Joanesco existir normalmente entre el uréter y el tejido celular que constituye el parametrio, no hemos sabido encontrarla nunca.

Erigir en método la sección de los uréteres y su inserción en el vértice de la vejiga (Chalot) (1) no nos parece aceptable; sólo en los casos que tenemos la convicción que la infiltración carcinomatosa existe en ellos, aceptamos su ejecución.

A pesar de sus inconvenientes, creemos que la extirpación del tejido celular peri-uterino debe ser la base operatoria.

No quiere esto decir que los linfáticos no deban buscarse, pero hay un hecho de observación indiscutible y es: que en todas las necropsias hemos encontrado que los infartos pélvicos se continuaban con los aórticos hasta por encima de las renales, y en las observaciones clínicas hemos también observado un hecho análogo, lo que en nuestro sentir significa que si la operación no se practica antes que la extensión linfática se haya verificado, es muy ilusorio que aun operando como aconseja Joanesco, podamos hacernos dueños de todo al sistema ganglionar enfermo, sin contar que la disección de los ganglios aórticos, á los que van á parar los vasos mesentéricos, es de consecuencias graves post-operatorias.

Si bien anatómicamente parece que los ganglios hipogástricos debieran ser los más primitiva y profundamente invadidos, y ésta es también la opinión de Peiser (2), lo mismo las necropsias que las ob-

(1) Chalot, «Arch. de Gyn. el tocol». T. XXIII, pág. 785.
(2) Peiser, «Zelt. Geb und Gyn. núm. 3, 1898.

servaciones operatorias nos han demostrado que los ilíacos externos son los más constantemente aumentados, que siguen á estos los ilíacos primitivos, especialmente los externos y los de la fosa lumbo sacra; á éstos los hipogástricos, siendo los del promontorio y los de la cara anterior del sacro los que más rara vez se afectan.

Teniendo presente este hecho y la necesidad que hay para buscar los ganglios del promontorio y los de la cara anterior del sacro de seccionar una hoja de meso-colon y del meso-recto, no podemos aceptar como técnica general este tiempo de la operación de Joanesco, ya que esta vía de propagación linfática es muy rara y la gravedad del acto operatorio se acentúa notablemente por ello.

Como hecho notable debemos recordar el de la observación IX, en la que no existiendo lesiones cervicales, los ganglios ilíacos estaban muy infartados, lo que demuestra en nuestro sentir que las comunicaciones de los vasos linfáticos del cuello y del cuerpo del útero, pueden hacerse efectivas en el sentido de conducir elementos neoplásicos á territorios que anatómicamente no debemos pensar invadidos, pudiendo á la inversa del caso actual existir lesiones ganglionares de la región renal por haber seguido la dirección de los vasos infundíbulo-pelvianos y no haber infartos pélvicos. Las comunicaciones linfáticas pueden hacerse del todo efectivas y dar lugar á manifestaciones que al simple examen parecen inexplicables.

La existencia de infartos ganglionares no debe significar en todo caso que sea cancerosa su naturaleza; en varias ocasiones el examen microscópico de ganglios extirpados en mujeres cancerosas no ha demostrado más que proliferaciones de naturaleza flogística, y en algún caso, como en la Observación IV, encuéntranse ganglios en pleno estado de degeneración, que les dá el aspecto de ganglios tuberculosos caseificados.

La Observación III tuvo como hecho de notable importancia, que los ganglios aórticos, á los que iban á parar los vasos mesentéricos, conduciendo la linfa del intestino invadido, tenían un volumen mucho más considerable que los pelvianos, á pesar de ser mucho más avanzadas las lesiones uterinas que las del intestino.

La investigación necrópsica llevada en mayor escala, así como los resultados definitivos que se alcancen con los nuevos procedimientos quirúrgicos de extirpación del cáncer del útero, permitirán establecer conclusiones definitivas; en la actualidad, como resumen de nuestras investigaciones, exponemos con carácter provisional las siguientes

CONCLUSIONES

1.ª El examen necrópsico de las fallecidas por carcinoma uterino inoperable demuestra que la propagación linfática de la neoplasia no guarda relación alguna con la extensión de las lesiones al parametrio.

2.ª Le exeresis amplia de los parametrios, da mayores garantías de curación radical que la extirpación sistemática de los ganglios linfáticos.

3.ª Los ganglios del grupo ilíaco externo son los que se infartan primeramente, siguen á estos los que se hallan en las ramificaciones de la hipogástrica, y por último y rara vez, los del promontorio y los de la cara anterior del sacro.

4.ª La única garantía de curación del cáncer del útero es operar antes que se haya verificado la invasión linfática; una vez ésta iniciada, es ilusorio pretender la extirpación total.

5.ª La exeresis de todo el sistema linfático, tal como la describe Joanesco, es anatómicamente difícil y clínicamente ilusoria, pues á su realización deben suceder accidentes que la convierten impracticable.

6.ª La denudación de los uréteres al extirpar los parametrios, si es completa, debe ir seguida de su gangrena, y si es incompleta, no garantiza la curación del proceso canceroso, pues quedan á él adheridas partes de tejido celular entre cuyas mallas existe el elemento de reproducción de la neoplasia.

7.ª El desprendimiento del meso recto y del meso colon sigmoideo indispensable para verificar la extirpación de los ganglios aórticos, de los del promontorio y sacros, no puede conceptuarse inocuo, y la denudación de la cava para extirpar los ganglios situados en su cara profunda, debe estimarse peligrosa.

8.ª En todos los casos que los ganglios aórticos están infartados, la cadena ganglionar se extiende por encima de los renales y, por lo tanto, puesto en la vía de extirpar los aórticos bajos, no hay ningún motivo de detenerse en ellos, resultando, por otra parte, imposible de verificarlo por los peligros fisio-patológicos que dicha extirpación total representa.

9.ª La comunicación linfática entre los vasos del cuerpo y del cuello del útero, permite que lesiones cervicales puedan propagarse á los linfáticos altos y llegar á la región renal siguiendo los ligamentos infundíbulo pelvianos, y darse el caso de existir ganglios altos enfermos y los pélvicos sanos.

10.ª En el carcinoma uterino existen con frecuencia lesiones flogísticas concomitantes que producen infartos ganglionares fácilmente confundibles con los carcinomatosos, por lo que no hay que aceptar esta naturaleza sin haber antes hecho el examen microscópico.

11.ª Cuando el carcinoma uterino se ha propagado al intestino, los infartos ganglionares aórticos son mucho mayores que cuando la neoplasia está localizada en la pelvis, aun cuando haya llegado al último grado de destrucción.

12.ª La degeneración gránulo-grasosa de los ganglios linfáticos les dá en algunas ocasiones el aspecto de ganglios tuberculosos caseificados.

13.ª Una extirpación linfático-ganglionar completa si quirúrgicamente fuese posible, produciría trastornos elefantisíacos gravísimos en la mitad inferior del cuerpo.

VEINTICUATRO HISTERECTOMIAS ABDOMINALES

Algunas consideraciones sobre los procedimientos empleados para practicarlas.

por el Dr. **MAURICIO D. ADAME** (Sevilla).

Señores:

Aunque la extirpación de la matriz hecha por la vía abdominal es considerada actualmente como asunto completamente resuelto en el campo de la ginecología, y, aunque la perfección alcanzada por los procedimientos modernos aplicados á este acto quirúrgico ha facilitado y abreviado sus distintos tiempos, haciendo bajar la cifra de la mortalidad que, no ha muchos años, diera esta operación; reviste ella, sin embargo, tal importancia dentro de la cirujía abdómino-pelviana, que he creído pertinente presentar á la consideración de los señores Congresistas los 24 casos de mi estadística, dando á conocer los procedimientos operatorios empleados y el valor que á cada uno de ellos se le puede conceder.

He aquí el cuadro estadístico de las 24 operaciones con los datos más importantes á cada uno de los casos:

ES

Número.	NOMBRE	Edad.	Condiciones de la menstruación.	Número de hijos	Síntoma predomina
1	Concepción B.	37	Desarreglos por exceso desde hace 6 años.	2	Dolores hipogá pelvianos n gias.
2	María C.	41	Desarreglos por exceso desde hace 8 años.	3	Metrorragias, lorosas, vóm
3	Carmen P.	34	Desarreglos por exceso desde hace 4 años.	2	Metrorragias, pelvianos.
4	Antonia G.	35	Desarreglos por exceso desde hace 7 años.	»	Pocos dolores rragias prof
5	María M.	28	Desarreglos por exceso desde hace 6 años.	3	Metrorragias poco doloros
6	Juana A.	40	Desarreglos por exceso desde hace 10 años.	5	Dolores pelvi tinaces, met
7	Manuela L.	36	Desarreglos por exceso desde hace 4 años.	1	Metrorragias, pelvianos.
8	Josefa F.	45	Desarreglos por exceso desde hace 7 años.	5	Metrorragias y dolores p

TICA

Diagnóstico.	Operación.	Resultado.
ioma uterino.) gramos.)	Histerectomia abdominal á pedículo externo.	Se desprendió el pediculo á los 17 días. Curada.
ioma uterino.) gramos.)	Histerectomía abdominal y vaginal combinadas.	Curada.
ioma uterino.) gramos.)	Histerectomía abdominal á pedículo exterior.	Se desprendió el pedículo á los 18 días. Curada.
iomas uterinos ples.) gramos.)	Histerectomía abdominal á pedículo exterior.	Se desprendió el pedículo á los 20 días. Curada.
ioma uterino.) gramos.)	Histerectomía abdominal á pedículo exterior.	Se desprendió el pedículo á los 17 días. Curada.
iomas uterinos ples.) gramos.)	Histerectomía abdominal á pedículo exterior.	Se desprendió el pedículo á los 15 días. Curada.
ioma uterino.) gramos).	Histerectomía abdominal á pedículo exterior.	Se desprendió el pedículo á los 18 días.
ioma uterino. gramos).	Histerectomía abdominal á pedículo exterior.	Se desprendió el pedículo á los 19 días. Curada.

Número.	NOMBRE	Edad.	Condiciones de la menstruación.	Número de hijos	Sintomas predominadtes
9	María H.	38	Desarreglos por exceso desde hace 12 años.	3	Metrorragias, cris lorosas.
10	Antonia M.	43	Desarreglos por exceso desde hace 7 años.	4	Dolores pelvianos trorragias, leuc abundante.
11	Encarnación C.	30	Desarreglos por exceso desde hace 6 años.	1	Dolores pelvianos trorragias.
12	Felisa A.	38	Desarreglos por exceso desde hace 8 años.	»	Metrorragias, le rea, pocos d pelvianos.
13	Trinidad S.	42	Desarreglos por exceso desde hace 10 años.	6	Metrorragias, le rea, dolores p nos.
14	Dolores G.	35	Desarreglos por exceso desde hace 8 años.	2	Metrorragias, d lumbo-sacros, l rrea.
15	Luisa M.	37	Desarreglos por exceso desde hace 5 años.	3	Metrorragias qu obedecieron á r das légraciones cavidad uterina
16	Ana B.	51	Desarreglos por exceso desde hace 10 años.	7	Metrorragias, dol lumbo-sacros, l rrea.

Diagnóstico.	Operación	Resultado.
ioma uterino. gramos).	Histerectomía abdominal á pedículo externo.	Se desprendió el pedículo a los 19 días. Curada.
aiomas uterinos ples. gramos).	Histerectomía abdominal á pedículo oxterno.	Se desprendió el pedículo á los 22 días. Curada.
ioma uterino. gramos).	Histerectomía abdominal á pedículo exterior.	Se desprendió el pedículo á los 15 días. Curada.
oma uterino. gramos).	Hieterectomía abdominal á pedículo exterior	Se desprendió el pedículo á los 18 días. Curada.
iomas múltiples de triz. gramos).	Histerectomía abdominal á pedículo externo.	Se desprendió el pedículo á los 21 días. Curada.
ioma uterino, desado á expensas del posterior. gramos).	Histerectomía abdominal. Procedimiento de Doyen.	Muerte á las 36 horas después de la operación.
crónica hemorrá- (Pilliet). Anexitis sa.	Histerectomía abdominal á pedículo exterior.	Se desprendió el pedículo á los 19 días. Curada.
oma uterino. gramos).	Histerectomía abdominal á pedículo externo.	Se desprendió el pedículo á los 20 días. Curada.

Número.	NOMBRE	Edad.	Condiciones de la menstruación.	Número de hijos	Sín predom
17	Teresa M.	36	Desarreglos por exceso desde hace 5 años.	1	Dolores pe trorrag rrea.
18	Amadora C.	34	Menorragias tolerables.	»	Trastornos por la ac ca del t minal.
19	Josefa R.	47	Desarreglos por exceso desde hace 13 años.	3	Fibromion múltiple (940 gra
20	Guadalupe B.	33	Desarreglos por exceso desde hace 4 años.	»	Metrorragi pocos do
21	María M.	44	Desarreglos por exceso desde hace 8 años.	2	Metrorragi lumbosa rrea abu
22	Julia D.	36	Desarreglos por exceso desde hace 12 años.	»	Memetror res pelv ción de rrea.
23	Antonia C.	34	Desarreglos por exceso desde hace 4 años.	1	Metrorragi pelviano trastorn les.
24	Hiniesta B.	38	Desarreglos por exceso desde hace 6 años.	3	Metrorragi lumbosa rrea.

)iagnóstico.	Operación.	Resultado.
ioma uterino. Epi-ıa cavitario.	Histerectomía abdominal. sutura de la matriz á nivel del istmo.	Muerte á las 24 horaas después de la operación.
.iomas múltiples matriz.) gramos).	Histerectomía abdominal á pediculo externo.	Se desprendió el pedículo á los 18 días. Curada.
ragias, dolores ab-ino-pelvianos, vó-s, diarreas.	Histerectomía abdominal á pedículo exterior.	Se desprendió el pedículo á los 22 días. Curada.
oma cavitario del po del útero.	Histerectomía abdominal á pedículo externo.	Murió á las 72 horas después de la operación.
nioma uterino. 0 gramos).	Histerectomía abdominal á pedículo externo.	Se desprendió el pedículo á los 19 días. Curada.
nioma uterino que ·epasa la zona umbi- 00 gramos).	Histerectomía abdominal á pedículo externo.	Murió al quinto día de operada por peritonitis séptica.
nioma uterino. 0 gramos).	Histerectomía abdominal á pedículo externo.	Se desprendió el pedículo á los 17 días. Curada.
ıioma uterino. 0 gramos).	Histerectomía abdominal á pedículo externo.	Se desprendió el pedículo á los 12 días. Curada.

En el cuadro estadístico que antecede figuran veintiún casos de histerectomía abdominal hecha á pedículo externo; tratado éste del modo que detallaré más adelante en cuyo número de operadas hay dos muertes; una producida á las 72 horas despues de la operación por un ataque de asistolia del cual no fué posible á pesar de todos los medios salvar á la enferma; y otra producida al quinto día después de la operación á consecuencia de una peritonitis séptica (1) primero y único ejemplar de su clase que he tenido en el número total de mis laparotomizadas. La mortalidad, pues, en este grupo de operadas, llega á un 9,52 por 100.

De los tres casos que completan el número total de la estadística, en uno de ellos (núm. 2) practiqué la histerectomía, combinando las vías abdominal y vaginal. Abrí en un primer tiempo los fondos de saco de la vagina, incindiendo las inserciones de este conducto en toda su extensión, separé la matriz del recto y de la vejiga urinaria y puse dos pinzas cogiendo la circulación de las arterias uterinas. En un segundo tiempo abrí el vientre, ligué al catgut la circulación de la parte alta de los ligamentos anchos, extraje la matriz con sus anejos y terminé cerrando el fondo de la pelvis con una sutura continua al catgut, dejando las pinzas fuera de la cavidad peritoneal. Esta enferma que fué operada el 10 de Marzo de 1895, curó, quedando en un estado completo de salud.

El segundo caso (núm. 14) se refiere á una enferma que ofrecía especial interés y me voy á permitir hacer un breve resumen de las condiciones anatomo-patológicas que presentaba su aparato genital. Por la palpación abdominal se apreciaban unas paredes de vientre flácidas que dejaban observar, aun sólo por la inspección visual, la existencia de un tumor del volumen y forma de una naranja, que elevaba los tegumentos á nivel de la región umbical, algo inclinado hacia el lado derecho.

Este tumor ofrecía, en general, una superficie regular y lisa, y, al intentar imprimirle movimientos, apenas si se desplazaba, notándose, sin embargo, que estaba aislado por completo de los tegumentos que le cubrían. La tumerosidad en cuestión se continuaba profundamente con una masa voluminosa que llenaba cumplidamente los diámetros pelvianos, ofreciendo, no obstante, por deslizamiento una relativa movilidad. Sobre el costado derecho de la neoplasia y en lugar cercano al plano de unión entre la grande y pequeña tumerosidad, se po-

(1) Posteriormente pude averiguar que uno de los practicantes que intervinieron en la operación había hecho la curación á un septicémico de otra sala del Hospital infringiendo lo reglamentado.

día coger entre los dedos otro tumorcito del tamaño y forma de una pequeña nuez, que se dislocaba en una zona poco extensa, pero sin perder las relaciones que tenía con el tumor principal.

Por el tacto vaginal no era fácil, desde el primer momento, darse cuenta exacta del grado y condiciones de anormalidad que presentaban los órganos contenidos en la escavación pelviana. A los pocos centímetros del vestíbulo vaginal encontraba el dedo explorador un tumor voluminoso, de forma semiesférica, que asumía para él casi la totalidad del área del estrecho inferior. La superficie del tumor era lisa, y se encontraba revestida por tegumento mucoso completamente normal. Conduciendo el dedo hacia la parte posterior podía alcanzarse con gran trabajo la continuación de la mucosa vaginal, con la que formaba la cubierta de la neoplasia, siguiéndose dicho fondo de saco por las partes laterales hasta dos puntos que podían representar los extremos de la cuerda que se trazara en la circunferencia pelviana uneindo las dos eminencias ileo-pectíneas correpondientes.

A partir de dichos puntos, podía seguirse con el dedo una banda ancha, gruesa, carnosa, de bordes lisos, limitada hacia adelante por la sínfisis pubiana y hacia atrás, por una cavidad alargada transversalmente en el mismo sentido que la citada banda carnosa, siéndole contigua la superficie del tumor. Dicha banda de tejido, semejaba con bastante exactitud una bandeleta de cautchout fuertemente estirada por sus dos extremos. Iniciando el histerómetro por detrás del borde antedicho penetraba fácilmente hasta una altura de 14 centímetros, pudiendo comprobar á través de las paredes abdominales que la punta de la sonda se hallaba dentro del tumor pequeño que formaba relieve entre las regiones hipogástrica y umbilical, y que no era otra cosa sino el cuerpo de matriz. La vejiga de la orina muy reducida de capacidad se encontraba colocada por encima de la sínfisis pubiana; y el intestino recto, escesivamente comprimido seguía la dirección de la pared posterior de la escavación, encontrándose dificultada la función de ambos órganos.

Diagnostiqué fibro-mioma voluminoso desarrollado á espensas del labio posterior del cuello de la matríz, y después de discutida la indicación operatoria y aceptado su cumplimiento practiqué la histerectomía en la forma siguiente. Abierto el vientre, extirpé los anejos seccionándoles entre dos ligaduras. La movilidad del fibromioma era escasa y las relaciones tan estrechas que ofrecía con las paredes de la pelvis, hacían poco menos que imposible seguir el despegamiento lateral para alcanzar la inserción vaginal correspondiente. Entonces tomé por base uno de los tiempos del procedimiento de Doyen,

abriendo el fondo del saco vaginal por la parte posterior y mediante la colocación de dos pinzas de ramas largas pude seccionar las partes laterales de la inserción vaginal, dejando cogidas las arterias uterinas Ya entonces, pude bascular hacia afuera y adelante la pieza patotológica, separándole fácilmente de sus relaciones anteriores. Sustituí ahora las pinzas por ligaduras á la seda, haciendo un haz con los hilos de éstas, que pasé por el conducto vaginal hasta hacerles salir por la vulva. Los uréteres y vegiga urinaria no habían sido lesionados. Cerré el espació excesivamente ancho que quebaba abierto en el fondo de la pelvis, suturando la serosa con catgut, y una vez asegurada la hemostasia y cerrado por completo el fondo pelviano, procedí á suturar la pared abdominal, siguiendo las reglas que tengo por costumbre. La operada murió á las 36 horas á consecuencia del choque operatorio.

La tercera de estas enfermas tenía una matriz voluminosa retrovertida, de forma irregular, presentando la pared anterior y el borde derecho más gruesos que el resto de sus paredes.

El órgano era movible; pero limitándose mucho esta movilidad hacia el lado derecho y adelante. El cuello sano en su superficie externa y orificio del mismo nombre, no sucedía lo mismo en su cavidad. Introduciendo por ella el dedo índice, tocábase un engrosamiento bastante marcado en la pared anterior y borde derecho, engrosamiento que formaba un todo con dicha pared, perdiéndose hacia el interior del cuerpo uterino. La mucosa engrosada es irregular. algo resistente frágil, sangrando mucho al menor contacto. La sonda entra con dificultad, produce mucha sangre y mide 10 centímetros de cavidad. El microscópio nos reveló la presencia de una proliferación epitelial atípica, (epitelioma) lesión que, á mi juicio, se daba en una matriz miomatosa.

Dispuse estirpar esta matriz por la vía abdominal para dominar mejor las lesiones que pudieran existir, y, en efecto, abierto el vientre tomé el cuerpo del útero con una pinza de garra y en las primeras maniobras se rompió el órgano por el istmo, y apurado me ví para que no se me quedara muerta la enferma en la mesa de operaciones. La pelvis era un mar de sangre y á través de ésta pude colocar pinzas que hicieron la hemostasia. Seco el campo operatorio, separé el cuerpo de la matriz y extirpé cuanto pude toda la infiltración cancerosa que queda en el fondo pelviano. Quedaron colocadas dos pinzas, que no pude sustituir por ligaduras, y cerré el vientre dejando drenada la parte inferior de la herida. La operada no perdió después más sangre pero murió á las veinticuatro horas de haber sido operada, quizás, principalmente, por la gran cantidad que perdiera en la operación.

Como se ve por el breve relato de las tres operaciones que quedan mencionadas, la correspondiente al núm. 2 de la estadística, aunque se trataba de una matriz voluminosa, ofrecía condiciones favorables para el buen resultado operatorio obtenido en este caso; en cambio, las otras dos eran de tal índole que creo hubieran sucumbido cualquiera que fuere el procedimiento empleado para practicarles la operación.

Volviendo al examen de mi estadística, causará tal vez extrañeza que casi la totalidad de mis operadas de histerectomía abdominal lo hayan sido por un procedimiento que puede tacharse de antiguo é imperfecto, pensando que se deja un pedículo más ó menos voluminoso para que las fuerzas naturales procuren y obtengan ulteriormente su eliminación. Pero estas razones que se vienen á las mientes, viendo la marcha evolutiva que ha seguido en estos últimos años la histerectomía abdominal, consiguiendo una disminución considerable en la cifra de la mortalidad, no son tan poderosas ante los números de mi estadística, y más aun observando la marcha que siguen generalmente mis operadas hasta que llegan á la curación definitiva.

Las 19 curaciones obtenidas de las 21 enfermas histerectomizadas á pedículo externo, han ofrecido, por regla general, la marcha postoperatoria siguiente: dolores más ó menos acentuadas en las primeras 12 horas, confundibles con el estado de embriaguez clorofórmica; no tienen vómitos, ni aun los que siguen comunmente á la acción del anestésico; apenas acusan las paresias intestinales que tan frecuentes son en los operados de vientre; la temperatura oscila entre los 36° y 37°5: el pulso, en un corto número ha pasado de las 90 pulsaciones por minuto, oscilando más frecuentemente entre 76 y 88; los trastornos respiratorios son nulos; las funciones intestinales se restablecen con bastante rapidez; la de la vejiga urinaria lo hace frecuentemente con más lentitud, teniendo que sondar algunas enfermas hasta el 8.° y 10.° día.

Con relación al estado local, levanto el apósito por primera vez del 5° al 6.° día después de la operación y encuentro el pedículo seco, negruzco, en vías de momificación. El resto de la sutura está en camino de una buena cicatrización primitiva. Los 4 ó 6 días subsiguientes supura francamente la raíz del pedículo, y á los 12 ó 14 días está movible y hace el papel de verdadero cuerpo extraño inofensivo. El número de días que transcurren después hasta su desprendimiento definitivo, depende de que el tubo de goma queda puesto en sus primeras vueltas, por lo general, en plena vagina, y, este conducto, no sufre tan de cerca la compresión y no se mortifica con la rapidez que lo hace, por opuestas circunstancias, el parenquima de la matriz. De

que la extirpación tal y como yo la verifico es total, estoy plenamente convencido, habiendo observado en varias do las operadas, en los últimos días de tratamiento, salir por la vagina el agua que se echa por la herida del vientre, y en el reconocimiento que les hago después de curadas no encuentro señales de cuello de matriz. La cicatrización final es firme, pues todavía no he observado caso alguno de hernia ó eventración correspondiente al sitio del pedículo ó línea de sutura. A los treinta días la cicatrización está terminada.

Por mi parte, creo que la histerectomía abdominal, ya supravaginal ó ya completa, después de haberse llevado á cabo por un crecido número de procedimientos (Kœberlé, Péan, Hégar, Freund, Schrœder, Pozzi, Doleris, Kelly, Delagenière, Doyen, Fargas, etc., con variable mortalidad, reduciéndose considerablemente ésta en estos últimos años, se puede hacer hoy muy simplificada con grandes ventajas para la curación de las enfermas.

Convengamos, ante todo, en que no puede trazarse una línea general de conducta cuando se trata de la histerectomía abdominal reclamada por miomas voluminosos desarrollados en los dos tercios inferiores de la matriz, siendo éste el motivo principal que ha conducido á cada cirujano á idear un nuevo procedimiento ó á modificar alguno de los conocidos anteriormente. Así es que en la extirpación supravaginal se han consumido los esfuerzos en buscar la mejor manera de tratar el pedículo; así como en la extirpación completa ha importado perfeccionar la seguridad de la hemostasia y el cierre perfecto del fondo de la pelvis para aislar bien la serosa tanto del conducto vaginal como de los tejidos parametrales.

Para la primera, el pedículo extra-abdominal bien aislado por la ligadura elástica y la sutura en collareta de la serosa parietal, lleva aún ventajas importantes á todos los demás procedimientos empleados hasta la fecha para tratar dicho pedículo; y, para la segunda, el procedimiento de Doyen, á el cual podría equiparar el empleado por mí en la enferma núm. 2 de la estadística (1895) para ocupar hoy el primer lugar, por su rapidez, por la seguridad de la hemostasia y por respetar bastante cantidad de serosa para hacer con cierto desahogo el cierre del fondo pelviano. Mas en todos estos procedientos (americano, Doyen, Fargas) entra como principio el tallado y despegamiento más ó menos extenso de la serosa peritoneal que se modela sobre todos los órganos que ocupan la cavidad pelviana; y si es principio indiscutible en cirugía abdominal cerrar con el mayor cuidado todo género de lesiones que se produzcan sobre la serosa, no tanto para evitar la infección de ésta, que goza de altas condiciones defen-

sivas, como para impedir que aquélla tenga lugar en el tegido celular subyacente, lo mejor que se puede hacer, siempre que el caso clínico lo permita, es no lesionar ni abrir puerta alguna sobre el peritoneo víscero-pelviano. Encontraremos úteros miomatosos, tal como el de la enferma núm. 14 de la estadística, que reclaman para su extirpación, ya echar mano del procedimiento americano, ya apelar al de Doyen, ó á la combinación de dos ó más de los consignados en las obras clásicas; pero, todo esto, á mi juicio, debe constituir la excepción.

He aquí cómo he procedido yo en los 21 casos que figuran en la estadística operados á pedículo extra-abdominal: 1.°, abertura rápida de la cavidad del vientre; 2.°, extracción y basculación del tumor ó matriz hacia el ángulo inferior de la herida abdominal, manteniéndole en posición adecuada á beneficio de una tracción prudente; 3.°, sin perder de vista las relaciones del recto, uréteres y vegiga de la orina coloco una ligadura elástica definitiva que forma pedículo en la porción supravaginal del cuello, el cual le aseguro y fijo en posición atravesándole con dos gruesos alfileres de gran longitud (25 á 35 centímetros); 4.° separación á bisturí ó á tijera de la pieza patológica; 5,° primer punto de la sutura peritoneal con catgut llevando la hoja parietal por debajo y atrás de la primera vuelta de tubo del pedículo; cierre completo de las paredes del vientre á tres planos de sutura.

Hecha de este modo la operación, resulta breve; no ha perdido la enferma sino la escasa cantidad de sangre procedente de la herida de las paredes abdominales; no he abierto el peritoneo víscero-pelviano; tengo asegurada la hemostasia; el pedículo fijado por los alfileres á nivel de los tegumentos del abdomen queda reducido á un cuerpo extraño, aislado por completo de los tegidos vivos, siendo de poca importancia la influencia que sobre ellos pueda ejercer. Nunca me preocupo de cauterizar, ni de dar forma de embudo al pedículo.

Me limito, pues, antes de cubrirle con las piezas del apósito á expolvorearle simplemente con yodoformo. Acostumbro á usar para la ligadura elástica un tubo de goma de fuerza suficiente, que puesto en condiciones adecuadas hace caer el pedículo de los 15 á los 20 días, y á veces antes. Hasta ahora no he tenido que arrepentirme de hacer las cosas como quedan expuestas, aunque he operado algunos casos, teniendo que dejar un pedículo bastante voluminoso.

De todo lo expuesto se pueden sacar las siguientes conclusiones:

1.ª Que la extirpación de la matriz practicada por la vía abdominal, cuando este órgano es asiento de neoplasias benignas ó malignas, más ó menos voluminosas que hagan cambiar su volumen, forma y

relaciones, no puede someterse de una manera inconcusa á reglas prefijadas, teniendo, por tanto, que supeditarse, el acto operatorio á las condiciones que revista cada caso particular.

2.ª Que en un crecido número de casos de este orden puede emplearse con ventaja la ligadura elástica para dejar un pedículo extra abdominal, en buenas condiciones para su eliminación, sin que este proceder atrase la curación definitiva de las enfermas.

3.ª Que la cifra de la mortalidad que arroja mi estadística en los 21 casos tratados por aquel procedimiento operatorio puede equipararse á la cifra obtenida por los procedimientos operatorios modernos aplicados á la extirpación de la matriz por la vía abdominal.

PATHOGENIE DES FIBROMES ET LEUR TRAITEMENT MEDICAL

par MM. AUBEAU et BANDELAC DE PARIENTE (Paris).

Dans un pli cacheté, déposé à l'Académie de Médecine le 17 Février 1897 et ouvert à la séance du mardi 22 Février 1898, nous écrivions sous le titre *syphilis constitutionnelle et pathogénie des fibromes* (1).

a) Dans une communication au troisième Congrès de la tuberculose de Paris 1893, j'ai donné le résultat de mes recherches sur le sperme des tuberculeux et laissé entrevoir la transmission microbienne du père à l'enfant par le sperme dans les maladies microbiennes chroniques.

b) Dans la séance de l'Académie des Sciences du 12 Mars 1894, mon préparateur, M. le docteur Golasz, fit une communication sur la présence constante d'un microbe polymorphe (cladothrix) dans la syphilis.

c) On trouve le cladothrix de Golasz dans le sperme des sujets en puissance de syphilis.

d) On peut donc dire à propos de la syphilis ce que j'ai écrit à propos de la tuberculose:

Tout sujet infecté, inocule l'ovule en même temps qu'il le féconde.

e) Chez toute femme saine primipare, fecondée par un syphilitique, se développe au point où l'ovule infecté se greffe dans la matrice, un processus inflammatoire infectieux qui devient pour la femme un foyer d'inoculation syphilitique.

f) En ce qui concerne la mère, l'infection se faisant par les lympha-

(1) Gazette des Hopitaux, 71e année, nº 73, 28 juin.=Syphilis constitutionnelle et pathogénie des fibrômes, par les docteurs A. Aubeau et Golasz.

tiques profonds, on n'observe ni le chancre infectant, ni la roséole, ni les plaques muqueuses, en d'autres termes, aucun des phénomènes qui évoluent dans les résaux lymphatiques superficiels.

Ce mode spécial d'infection donne la solution du problème si longtemps irrésolu d'une mère en apparence saine donnant naissance à un enfant syphilitique. En réalité, elle est syphilitique, ainsi que le démontre la présence du cladothrix spécifique dans le sang et dans les tissus morbides.

g) En ce qui concerne l'embryon, les lésions inflammatoires qui évoluent au niveau de la greffe placentaire empêchent son évolution au delà d'une période dont la moyenne se rapproche constamment de six semaines.

h) Le sang de l'embryon contiént le cladothrix.

i) Au bout de six semaines la conception se termine donc, en pareil cas, par une fausse couche.

j) Consécutivement à cette fausse couche on observe des métrorragies prolongées, rebelles à tout traitement médical, si l'on en excepte le traitement spécifique, et même à tout traitement chirurgical, si l'on en excepte l'hystérectomie.

k) L'examen de la malade démontre alors qu'il existe, au niveau de la greffe placentaire, une tumeur dont le volume varie d'une noix à celui d'une mandarine, qui peut s'étendre presque jusqu'à la surface de l'utérus, le déformer et déterminer de la péritonite adhésive locale.

l) Cette tumeur passe par trois phases succesives:

1° Une phase d'induration (gomme indurée) qui répond aux métror ragies pures.

2° Une phase de ramollissement (fonte de gomme qui répond à un écoulement hydrorrhéique gommeux alternant avec des métrorragies.

3° Une période d'organisation fibreuse ou sclérose (fibromyome, tumeur fibreuse) dont les symtômes sont ceux des tumeurs fibreuses.

m) Histologiquement, le processus inflammatoire infectieux, qui se développe au niveau de la greffe placentaire, est caractérisé par une infiltration de cellules embryonnaires dans l'épaisseur de la muqueuse utérine et dans l'interstice des fibres musculaires lisses.

Ce travail inflammatoire établit des adhérences intimes entre l'utérus et les villosités placentaires, à tel point qu'après la fausse couche ces villosités restent adhérentes au tissu utérin et qu'on les retrouve avec la plus grande netteté sur les coupes micrographiques.

n) Au point de vue bactériologique, la zone d'infiltration néoplasique renferme des cladothrix spécifiques.

o) Ultérieurement, le développement et l'organisation du tissu embryonnaire dans les interstices des fibres musculaires lisses de l'utérus donne lieu à l'apparence d'une tumeur qui revêt les caractères des fibro-myomes. A une période plus avancée, l'organisation plus parfaite du tissu conjonctif produit ane sclérose du foyer néoplasique. Les fibres musculaires lisses s'atrophient ainsi que les vaisseaux, la tumeur prend les caractères du fibrôme pur ou presque pur, parvenant presque toujours à s'entourer d'une membrane propre et à s'isoler.

A toutes les périodes d'évolution de la tumeur, on peut rencontrer des formes du cladothrix spécifique, ces formes étant, toutes choses égales d'ailleurs, d'autant plus abondantes, que le néoplasme est plus rapproché de son début.

p) Une première conception développe donc, chez la femme, une forme spéciale de la syphilis qui l'immunise jusqu'à un certain point; il n'est pas rare d'observer chez la même femme plusieurs fausses couches successives, ou bien la grossesse continue son évolution et la femme accouche d'un enfant mort-né, ou, enfin, l'enfant vit plus ou moins longtemps, mais conserve quelque tare de la syphilis heréditaire. (Dans tous les ccs il faut tenir compte du dégré d'activité de la syphilis du mari).

q) Toujours il nous a semblé que chaque conception est l'occasion de l'évolution d'une nouvelle néoplasie (fibrômes multiples à différents degrés d'organisation, fibrômes mous, fibrômyomes, fibrômes purs, fibrômes calcifiés).

r) Les recherches cliniques, anatomo-patholoques, histologiques et bactériologiques, concordent donc pour établir un lien de cause à effet entre la fécondation de l'ovule d'une femme saine par un sujet syphilitique, la greffe de cette ovule infecté sur un point de la muqueuse utérine et le développement d'une néoplasie infectieuse, d'abord inflammatoire, puis fibro-myomateuse, puis scléreuse (fibrôme).

s) A toutes les périodes de son évolution, cette néoplasie subit manifestement l'influence du traitement spécifique (mercure et iodure de potassium).

Ce traitement, poursuivi avee persévérance, suffit, dans la plupart des cas, pour arrêter seul les hémorragies profuses du début. Il peut amener, si on l'emploie de bonne heure, la régression et même la disparition complète de la tumeur néoplasique, son action étant d'autant plus efficace que l'organisation de la tumeur est moins avancée. Même dans le cas le fibrôme volumineux et bien organisé, le traitement spécifique n'est point inactif; lorsqu'on l'emploie avec persévérance,

nous avons vu des tumeurs de grande dimension fondre progressivement sous nos yeux.

(f) Il en résulte que le traitement spécifique devra toujours être employé avec persévérance dans les cas de fibro-myomes ou de fibrômes de l'utérus, et que le traitement chirurgical devra être réservé à un petit nombre de cas dans lesquels le traitement spécifique ayant échoué, la tumeur provoque des accidents capables de mettre la vie de la malade en danger.

Ces cas sont au nombre de trois:

1,° Poussée de péritonite, de salpingite ou d'ovarite (kyste de l'ovaire) suppurée.

2.° Compression excessive des organes dont les fonctions sont indispensables à la vie (intestin, urèthre, vessie, vaisseaux et nerfs du bassin).

3.° Métrorrhagies profuses, continuelles et incoercibles; (l'anatomie pathologique démontre qu'il existe en pareil cas, au voisinage de la muqueuse utérine, des vaisseaux volumineux, maintenus béants par leur connexion avec les tissus rigides qui les entourent).

Les multiples observations de fibrômes que nous avons relevées depuis cette époque, avec mon ami le Dr. Alberto Baudelac de Pariente et mon assistant depuis plusieurs années, n'ont fait que confirmer nos idées et plus nous avançons dans la pratique, plus nous sommes convaincus de l'importance du rôle de la syphilis conceptionnelle dans la pathogénie des fibrômes.

Nous avons pu suivre les observations de plusieurs jeunes femmes mariées en pleine santé et sans aucune tare héréditaire, à des syphilitiques avérés. Nous les avons suivies á travers toutes les phases de la conseption, de l'avortement, du développement du travail spécifique au niveau de la greffe placentaire et de l'évolution ultérieure d'un fibrôme utérin. Nous les avons soignées et guéries par le traitement spécifique.

Plus souvent les malades se sont présentées à notre consultation, à la période d'organisation complète du fibrôme et toujours nous avons relevé dans leur histoire pathologique l'aveu d'une fausse couche spontanée, d'allure syphilitique.

Ce fait est devenu tellement banal pour nous et pour les médecins qui fréquentent notre clinique, que chaque fois qu'une malade en période d'activité sexuelle vient consulter pour des pertes utérines et signale une ou plusieurs fausses couches dans ses antécédents, nous portons presque à coup sûr, le diagnostic «fibrôme» avant même de l'avoir examinée.

Dans nombre de cas, il n'existe aucun autre symptôme clinique de la syphilis mais fréquemment aussi nous avons appris que les maris étaient syphilitiques, ou nous retrouvons chez les enfants les tares de la syphilis héréditaire.

Enfin il n'est pas rare d'observer, en même temps que le fibrôme utérin, des fibrômes des ganglions pelviens abdominaux, des fibrômes de la mamelle ou des troubles nerveux (hémiplégie par exemple) dus à l'évolution d'une gomme dans les centres nerveux ou enfin d'autres désordres syphilitiques des divers organes, susceptibles d'être améliorés ou guéries par le traitement spécifique.

Est-ce à dire que tous les fibrômes reconnaissent pour point de départ la syphilis conceptionnelle? Nous sommes trop prudents pour ne pas faire de sages réserves.

Aussi, pour rester dans les généralités, nous formulerons ainsi notre opinion: *Tout avortement spontané, c'est à dire pathologique, est suivi au niveau de la greffe placentaire, d'un travail phlegmasique infectieux qui aboutit à la production d'un fibrôme.*

Ajoutons que les femmes atteintes de syphilis héréditaire et mariées à des hommes sains, peuvent, à la suite de fausses couches, présenter des fibrômes utérins.

Quels que soit leur origine, leur nombre, leur volume, le degré de leur développement et les complications auxquelles ils donnent lieu, les fibrômes utérins subissent manifestement l'influence du traitement spécifique quand la malade et le médecin y mettent la persévérance et la patience voulues, l'usage de ce traitement peut non seulement amener la disparition des complications et la régression des fibrômes, mais, même, la disparition complète de tumeurs qui étaient arrivées à remplir la cavité abdominale.

Ce traitement devra donc être appliqué, en dehors des cas où il existe des complications: *par inflammations graves, par compression excessive ou par hémorrhagies profuses et incoercibles.* Ces cas restant justiciables de l'intervention chirurgicale.

Il nous reste à dire deux mots de la manière d'instituer le traitement médical. Dans les cas où le fibrôme est voisin de son début nous employons le mercure sous l'une quelconque de ses formes thérapeutiques.

Quand le fibrôme est arrivé à un degré d'organisation plus avancé nous avons recours à l'iodure de potasium de deux à six grammes par jour.

Comme adjuvants nous avons parfois recours à la médication thyroïdienne, à l'electricité et aux bains salés.

Quand les malades sont peu robustes nous faisons alterner ces divers moyens thérapeutiques.

OVARIOTOMÍA PRE-PARTUM; CONTRIBUCIÓN AL ESTUDIO DE LOS QUISTES DEL OVARIO COMPLICADOS CON EMBARAZO

por el Dr. MARTIN AGUILAR (Granada)

En primeros de año de 1902 se presentó en mi policlínica, Josefa Rodríguez García, de Granada, 37 años de edad, casada y multípara, aquejando un padecimiento de vientre.

Sin antecedentes morbosos hereditarios ni individuales, esta muger instaló normalmente su menstruación á los 15 años. Casó á los 25, sin haber padecido nada de su aparato genital durante su soltería.

Desde los 25 años hasta los 32 tuvo cuatro hijos. Embarazos, partos y puerperios, fueron fisiológicos: solamente se había distinguido su último embarazo por un gran desarrollo de vientre que la hizo temer un parto múltiple; llegó sin embargo el parto en Junio de 1901 y no dió á luz sino un solo feto muy desarrollado.

Varios meses después, notó una pequeña tumoración en el lado izquierdo del hipogastrio y por ello venìa á consultarme.

Diagnostiqué un quiste ovárico del lado izquierdo, de pequeño volumen. No creyéndola en oportunidad operatoria, la aconsejé que repitiera la visita cada dos ó tres meses. De Enero á Mayo de 1902 el supuesto quiste ovárico creció muy poco y molestó menos. El mes de Febrero y Marzo tuvo reglas normales á pesar de hallarse amamantando á su hijo. El mes de Abril y los siguienies, no tuvo menstruación. El mes de Julio observó la enferma que el tumor habia desaparecido y con grande alegría vino á comunicarme tan fausta nueva.

Efectivamente el tumor claro y limitado del lado izquierdo del hipogastrio que tantas veces había yo comprobado, no existía; en cambio observé que el vientre era más voluminoso y que este aumento de volumen no estaba circunscrito como antes al lado izquierdo. Toda la parte inferior del vientre, centro, lado derecho é izquierdo se encontraban por igual levantados y ocupados por una masa fluctuante.

Hubo gran diferencia en el resultado de las exploraciones anteriores y la realizada en este día. Antes, la inspección, la palpación y la percusión demostraban un abultamiento en el lado izquierdo del hipogástrio, del tamaño de un melón pequeño, de forma cilindroidea, bien

circunscripto y rodeado por algunas asas de intestino delgado, de superficie regular, firme de consistencia, basculante alrededor de su eje vertical, ni fluctuante, ni renitente; ahora, toda la región subumbilical estaba aumentada de volumen, pudiendo apreciarse por palpación que había una tumoración extensa, superficial, líquida, muy accesible á la exploración, fluctuante, pero con una fluctuación temblorosa percibida por igual en todos los polos del tumor, fuese cualquiera el punto percutido y no percibiéndose en ella la tensión marcada que corresponde á los quistes ováricos de gran cavidad repleta de líquido, y otra tumoración profunda muy díficil á la exploración y solamente perceptible en la parte central y derecha del hipogástrio por la palpación; esta tumoración era distinta á la primera: era dura, no fluctuante y se perdían sus contornos y no podía señalarse su extensión por impedirlo la tumoración superficial; pero sí se veía que se prolongaba hacia el lado derecho del hipogástrio dejando en cambio más libre el lado izquierdo del mismo.

Antes la percusión daba un sonido macizo en la zona circunscrita al tumor (parte central y lateral izquierda del hipogástrio); ahora la macidez se extiende transversalmente hasta el lado derecho del hipogástrio y verticalmente hasta dos dedos por encima del ombligo. Antes y ahora la palpación era indolente y el tacto vaginal combinado denotaba ligera ocupación del fondo de saco izquierdo, cuello uterino á la izquierda y delante y cuerpo de la matriz, adivinándose, más bien que percibiéndose hacia atrás y á la derecha.

La enferma no había sufrido ningún accidente que pudiera explicar como extraordinaria aquella transformación. Mostrábase gozosa de no percibir, de no encontrar con sus manos aquel tumor que tantas veces palpó y creía de buena fe en su total desaparición.

Sin poder resolver de momento aquel problema rogué á la enferma volviera al cabo de dos meses, y en el mes de Agosto se presentó de nuevo en mi gabinete.

El volumen del vientre era mayor; los caracteres de la tumoración los mismos, excepción hecha de que la tumoración profunda era imposible percibirla por la mayor extensión del tumor fluctuante superficial y de que en el lado derecho del vientre se destacaba una lobulación separada del resto del vientre por un surco ó cintura oblícuo y descendente dirigido de arriba abajo y de detrás adelante. Esta lobulación parecía, por su consistencia, sólida, y la onda fluctuante no la atravesaba.

Persistían las faltas de las reglas, había exceso de pigmentación en la piel del vientre y la línea obscura se dibujaba. Además la entona-

ción más roja de la mucosa genital era evidente y me hicieron suponer la existencia de un embarazo.

A la derecha del hipogástrio y aun en la parte más anterior de la fosa iliaca derecha se oia un ruido de soplo evidente isócrono con el pulso materno. Nada de ruido cardiaco, ni tampoco de movimiento activo fetal.

Tres meses después, en Octubre de 1902, la enferma tenía un aumento notable en el volumen del vientre; el aspecto general era menos satisfactorio; el movimiento entorpecido; la fluctuación más extensa, más intensa, más superficial y más temblorosa; la pigmentación más acentuada y el abombamiento hacia el flanco derecho y la cintura oblícua que dividía el vientre en dos desiguales tumoraciones, una muy grande á la izquierda y otra más pequeña á la derecha continuándose confusamente con la tumoración profunda.

De estos datos deducía la existencia de tres tumores ó lobulaciones, uno grande, extenso y superficial que ocupaba casi todo el vientre; otro más pequeño circunscrito á la parte derecha del hipogástrio y al flanco derecho, rugosa, como arracimada á manera de una gran glándula mamaria en actividad funcional (sitio del soplo) y otra, en fin, por bajo de la primera y á la izquierda de la segunda, cuya forma y extensión era imposible precisar ni aún introduciendo ó hundiendo las manos en el hipogástrio por bajo de la gran masa fluctuante, reblandecimiento del cuello uterino en su porción vaginal, coloración más acentuada de la mucosa vaginal, canal cervical penetrable en un centímetro por la pulpa del dedo índice, nada aún de ruidos cardíacos ni de movimientos activos fetales.

A primeros de Octubre la ingresé en la clínica de ginecología de esta Facultad de Medicina, para cuidarla más de cerca y hacerla motivo de observación á los alumnos.

A mediados de Octubre sentí por primera vez, y de una manera clara, los movimientos activos fetales pero no los ruídos cardiacos; el cuello uterino dejaba penetrar hasta 2 centímetros el dedo índice. No pude percibir partes fetales ni por el vientre, ni por los fondos de saco vaginales.

A primeros de Noviembre el vientre era enorme; el estado general de la enferma, malísimo; dolores continuos en todo el vientre; sueño escaso y muy interrumpido; demacración progresiva; nada de fiebre ni de albuminuria; posición de pie, sentada ú horizontal, casi imposible.

Sin ruídos cardiacos; percepción del soplo y de los movimientos activos: el tacto vaginal demostró la existencia de la cabeza fetal por

encima del fondo de saco anterior y derecho, pero muy alta y movible por encima del estrecho superior.

Imposibilidad de atravesar con el dedo el orificio interno del cuello uterino. En virtud del mal estado de la enferma, juzgando que el feto tendría de siete á ocho meses, creí llegado el momento de la punción abdominal y la practiqué el día 15 de Noviembre. Salieron unos 15 litros de un líquido pseudomucinoso un poco turbio y ligeramente parduzco. Cerré con un punto de sutura el orificio de la punción y se le cubrió con colodion antiséptico.

Los dos primeros días el aspecto de la enferma empeoró notablemente; cara abdominal, pulso á 130, insomnio, dolores vivos de vientre; ni vómitos ni hipo.

Cifra máxima de temperatura, 37,6 el día de la punción.

Al tercer día la enferma mejoró y poco á poco su estado general se hizo más tranquilizador. Entonces pude hacer un reconocimiento detenido. Se dibujaba un útero grávido inclinado profundamente á la derecha del vientre y fijo ó poco menos en aquella situación. Su fondo llegaba á las costillas falsas derechas. Hacia la izquierda del útero se notaba un gran cuerpo extraño, irregular, que á manera de coginete informe ocupaba la parte izquierda del vientre. Sin duda estaba formado por la bolsa quística vaciada tres días antes, y un gran lóbulo ó bolsa poliquística que llenaba el fondo de la antigua tumoración fluctuante.

Poco á poco fué llenándose el quiste, pero no tan lentamente que permitiera llegar tranquilamente el embarazo á su término ni tampoco sostener á la embarazada en situación de afrontar los últimos días de una gestación tan avanzada, ni mucho menos el trabajo del parto á tiempo.

A fin de Noviembre y á primeros de Diciembre, el feto vivía pero la madre peligraba. Volvió la cara abdominal, el vientre parecía querer estallar bajo la influencia del desarrollo de un embarazo de nueve meses y de un quiste casi repleto del líquido extraído veinticinco días antes; pulso miserable, piel y mucosas intensamente decoloradas, insomnio permanente, dolores abdominales insufribles, posición imposible.

Preparóse cuanto fué preciso y la operación se realizó el día 7 de Diciembre, extirpando un enorme quiste ovárico, pseudomucinoso, bilobulado.

Un lóbulo lo formaba una gran cavidad y el otro formado por un poliquiste; el quiste pertenecía al ovario izquierdo, su pedículo ancho estaba formado por la parte superior del ligamento ancho. El segmen-

to inferior del quiste había evolucionado al principio desplegando las dos hojas del ligamento ancho.

El pedículo tenía dos vueltas y media sobre su eje: el tumor había girado de delante atras y de derecha á izquierda. La vena ovárica sinuosa parecía un cordón umbilical.

Observé durante todo el tiempo que tuve el útero bajo mis ojos y bajo mis manos que se hallaba en tonicidad permanente. Ni se sintió ni se vió el más pequeño movimiento fetal.

El quiste pesó 17 kilos, notándose que el líquido había cambiado de color si no de consistencia.

No hubo más incidente operatorio que el derrame de un poco de líquido en la cavidad abdominal á consecuencia del escape de la pinza de Nelaton y los correspondientes á la dificultad de penetrar en la cavidad abdominal por la fusión del peritoneo parietal de la pared anterior del vientre con la bolsa quística. Desprendidas las adhesiones, vaciado el quiste y ligado el pediculo, hízose con gran escrupulosidad la toilette abdominal y la sutura en planos á la seda de la pared abdominal.

El día anterior á la operación hice el tacto uterino tocando con el dedo las membranas y la cabeza fetal; á pesar de ello existían dos centímetros de cavidad cervical. Cuando terminé la operación repetí el tacto antes de llevar al lecho á la operada y vi que con el descenso que acababa de hacer la cabeza, ésta casi se apoyaba revestida de membranas sobre el orificio externo del cuello.

Trasladada la enferma á su cama reaccionó muy pronto y durante las diez y ocho primeras horas, se quejaba de fuertes dolores de vientre propios de la operación realizada, no del útero en función tocológica.

Alguna que otra inyección de morfina hicieron muy tolerables los dolores, y las primeras veinticuatro horas pasaron sin más novedad. Pulso á 100; temperatura normal, sin vómitos. A las treinta y dos horas comienzan á manifestarse los primeros síntomas del parto. Dolores intermitentes, ruptura de bolsa de aguas á las tres horas de iniciado el parto; dilatación rápida. Dispuesto á inmovilizar todo lo posible la herida abdominal la di cloroformo, y deseoso de terminar rápidamente el parto con el forceps, dispuesto todo al efecto y comenzada la desinfección prévia de los órganos genitales, arreciaron de tal manera las contracciones que en tanto yo entregaba al ayudante la cánula del irrigador, el feto salió expulsado como una bala de cañón cayendo, sin poder evitarlo en el cubo que se hallaba bajo las nalgas de la madre sin que ocurriese por ello ninguna cosa desagradable.

Alumbramiento artificial inmediato; inyección intrauterina á 40v. No hay hemorragia, globo de seguridad. Pulso á 80.

Hecha la toilette vulvo-perineal, se coloca á la enferma en su lecho puerperal previa la rectificación del vendaje abdominal. El peso del feto, que era del sexo femenino, ascendió á 3.368 gramos.

La curva térmica fué por bajo de la normal hasta el tercer día en que apareció una elevación térmica, de escalofrío, que marcó 39,8°, y que descendió en varias oscilaciones hasta la normal tres días después (sexto del parto).

Esta fiebre vino acompañada de loquios fétidos, que desaparecieron á seguida con aquélla.

Desde el sexto día del parto hasta el 12 día del mismo la apirexia fué completa y bueno el estado general. Como único fenómeno digno de estimarse en los tres primeros días siguientes al parto, mencionaremos un pulso á 48 en el minuto, por espacio de 40 horas.

El día octavo del parto se la cambió el apósito. La herida abdominal se hallaba en perfecto estado aséptico.

El segundo día del parto aparece una fiebrícula; cuya máxima fué de 38-2 que persistió quince ó veinte días. Era dependiente de una infección secundaria estafilocócica venida sobre dos puntos distintos de la herida. Estas infecciones, en forma de pequeños abcesitos, se repitieron más tarde en puntos distintos de la pared del vientre y fuera de la línea de sutura.

Madre é hija fueron dadas de alta mes y medio á dos meses después del parto, en perfecto estado de salud.

II

El caso clínico arriba descripto es sumamente interesante por las circunstancias especiales que en él concurren. Como quiera que hechos de observación como el presente, casos de ovariotomía pre-partum como tratamiento de elección de los quistes ováricos en el último mes del embarazo, son tan poco frecuentes y vulgarizados que no he podido hallar historias con preceptos clínicos, claros y terminantes para casos análogos en los anales de la especialidad por mí conocidos donde poder inspirarme jurisprudencia, en donde pudiera apoyar mi línea de conducta al resolver problemas de diagnóstico y de tratamiento de transcendencia teórica y práctica, he creído por ello que esta historia clínica con las reflexiones que me ha sugerido, era digna de ser presentada á este Congreso aun cuando por otro miembro más digno de ser escuchado que aquel que en este momento tiene con el más grande temor el más preciado honor de dirigiros su modesta palabra.

En primer lugar, se nos ha ofrecido esta historia clínica como modelo de incertidumbre diagnóstica y de indecisiones terapéuticas; en segundo lugar, se nos ofrece también este caso clínico como ejemplo elocuente que pone de relieve el modo como un embarazo y una embarazada soportan un quiste ovárico, cómo un quiste ovárico violenta y trastorna su historia natural morbosa bajo el influjo de un embarazo; como se realiza un parto normalmente dentro de las 32 horas de practicada una ovariotomía; cómo este parto en nada influyó sobre una extensa línea de herida abdominal recientemente suturada y en fin cómo la regresión puerperal no tuvo influencia morbosa alguna sobre un muñón pedicular tan suculento en vasos.

Decimos más arriba que esta mujer fué modelo de incertidumbres diagnósticas, y en efecto, si en condiciones ordinarias el diagnóstico de quiste ovárico es bien sencillo, deja de serlo cuando como en el caso presente se nos ofrece obscurecido por una expresión clínica singular y por la coexistencia de un embarazo.

A decir verdad si desde un principio presumí y más tarde en la clínica ante los discípulos diagnostiqué como probable la existencia de un quiste ovárico, no pude tener la certeza de los diagnósticos hasta que la punción vino á confirmarlo por los caracteres del líquido extraí- y por la exploración que pude realizar después de aquella operación.

En efecto, antes de sobrevenir el embarazo, la tumoración era unilateral, tenía desenvolvimiento abdominal limitado, la matriz sin duda por haber sido arrastrada hacia arriba y atrás por el tumor no podía circunscribirse; ni fluctuación ni renitencia pude apreciar en el tumor, en vez de la tensión característica de los quistes ováricos, la palpación apreciaba una renitencia propia de un cuerpo sólido, el supuesto quiste basculaba alrededor del eje vertical y en el sentido del eje trasversal del mismo; los intestinos delgados deslizaban sus asas por delante de él de manera que si la percusión profunda era maciza, la superficial revelaba una corona timpánica intestinal.

Después del embarazo y desde los tres primeros meses del mismo, cambia súbitamente la decoración clínica.

La enferma asegura con alegria indefinible que el tumor le ha desaparecido como por encanto, y viene á la policlínica á contar regocijada el fausto acontecimiento. Compruebo en efecto que la tumoración antigua con los caracteres precisos que he descripto ha desaparecido; pero al mismo tiempo averiguo que la enfermedad anterior ha sido sustitnída en su espresión clínica por otra de caracteres muy diversos: hay aumento de volumen de vientre estendido por igual á toda la región sub umbilical; solamente en el lado derecho del hipogastrio y

en la parte más inferior del flanco derecho se veía un abombamiento mayor que en el resto del bajo vientre. Macicez absoluta en toda esta región en el decúbito horizontal y claridad en el decúbito lateral derecho en la parte más posterior del lado izquierdo de la región sub-umbilical. En el decúbito lateral izquierdo mostrábase clara también aquella región y con el mismo tono de obscuridad el lado derecho.

Débil, muy débil tensión abdominal; fluctuación clarísima, superficial y temblorosa trasmitida desde cualquier punto percutido á la mano perceptora donde quiera se colocase. El único punto donde dejaba de percibirse la onda era la parte más posterior del lado derecho del vientre, allí donde un ligero alto relieve convexo rompía la harmónica regularidad del resto del bajo vientre.

He aquí pues el porqué de la incertidumbre diagnóstica con respecto al tumor referido: su historia, su localización y relaciones primitivas parecian hablar en favor de un neoplasma de los anejos del lado izquierdo; la forma cilindroidea, su especial manera de bascular, la ausencia de fluctuación y de renitencia; su especial dureza y hasta la presencia del intestino por delante del tumor hacían por otra parte insegura la localización exacta y aun la naturaleza de la neoplasia en un principio.

El cambio brusco de forma de consistencia y de extensión del tumor, la aparición de una fluctuación estensa, intensa y temblorosa sin preceder accidente alguno, si podía depender del rápido desarrollo de alguna cavidad quística ovárica, podía merecer sin embargo otras interpretaciones clínicas.

Y si á todo esto añadimos la percepción del soplo en el lado derecho y la supresión de las reglas, era natural que adquiriera mayor fuerza la incertidumbre ante el conflicto de un nuevo problema á resolver como era el del embarazo, la edad del mismo, el lugar donde se desarrollara el producto de la concepción y la significación fisiopatológica que pudiera tener en tal complexus clínico.

Desde Abril, en que faltó la regla, hasta el mes de Octubre, no hubo más que signos de probabilidad de un embarazo, pero no de certeza del mismo. Esta certeza solamente la obtuve cuando à mediados de Octubre percibí por primera vez, al hacer la auscultación, la sensación doble, tactil y acústica, de un movimiento activo, fetal, claro y evidente.

Respecto á si el embarazo era intra ó extrauterino, todo hacía presumir lo primero; pero la seguridad no podía ser absoluta.

En efecto, la supresión total de las reglas, la falta de menorragias con expulsión de membranas, la ausencia de dolor tensivo en el bajo

vientre, la continua y progresiva modificación del dolor y consistencia de los órganos genitales, la ausencia de fenómenos característicos hablaban en conjunto en favor del embarazo intruterino. Pero la imposibilidad de demostrar en el abdomen un ùtero grávido por impedirlo el tumor fluctuante, la historia de la rápida transformación del vientre en los primeros tiempos del embarazo, el no intentar, siquiera por no ser lícito, el sondaje intrauterino, y la imposibilidad de penetrar con el dedo más allá de la mitad del canal cervical, hacían legítima, por lo menos, la duda acerca de la residencia del producto de la concepción.

Otro extremo, en fin, que ofrecía serias dificultades, era la fijación de la edad del feto.

El punto de partida de la desaparición de la regla con que contábamos, y el del reblandecimiento y modificación del cuello uterino, no eran suficientes para llevarnos á la certeza de la edad del embarazo.

III

Ante tal dédalo de confusiones, era forzoso fijar plan de combate. La enferma se hallaba en estado inquietante. A fin de Octubre su vientre parecía querer estallar; la cabellera de Meduza indicaba una gran torpeza en el retorno circulatorio; sus dolores abdominales, su insomnio, su inapetencia, dejaban huellas atroces en el organismo; la cara iba demacrándose y desencajándose de un modo alarmante. ¿Qué hacer? La situación era muy difícil para el que tiene el honor de dirigiros esta comunicación. Dos vidas corrían peligro; intervenir era preciso, mas la intervención debía contar con la seguridad previa de que el embarazo era intrauterino, ó de que el feto era viable en caso opuesto. A pesar de creerlo así, yo no tenía la seguridad que mi conciencia exigía para intentar, ó un parto provocado, ó una ovariotomía ó quistectomía.

De otra suerte, la intervención podía precipitar los funestos desenlaces que se avecinaban permaneciendo en la inacción.

Declaro, sin rebozo, que la impotencia de mi ciencia y de mi experiencia, la carencia de libros, revistas, comunicaciones ó historias clínicas, donde poder inspirar mi conducta leyendo casos parecidos y jurisprudencias sentadas por los maestros del arte, hacían en verdad más difícil mi situación y ponían en mayor tortura á mi pensamiento y á mi conciencia.

Hacer una laparotomía exploradora. Siempre tuve instintiva y reflexiva repugnancia á este medio diagnóstico; muy rara vez me he

convencido de la justificación moral y científica de tal medio de exploración y muchas veces he visto con dolor cómo con tal recurso exploratorio se ha puesto la cavidad abdominal al alcance de todas las fortunas y de todas las audacias.

Si á los maestros que tienen educados los sentidos para las exploraciones delicadas y concienzudas del abdomen y bien disciplinado el entendimiento para hacer fructífera toda exploración metódica, les es lícito tal recurso quirúrgico para el conocimiento médico, es á mi entender procedimiento reprobable para los que escudados en la conducta y en la autoridad de los sabios pretenden servirse de la laparotomía exploradora como de mágico resorte que supla ineptitudes ó ignorancias y como elegante y alborotadora etiqueta de sus atrevimientos.

Mas en este caso determinado en que podían exponerse la vida de dos seres la conciencia menos estrecha había de oponer su veto á toda laparotomía que no contara de antemano con la seguridad absoluta de que el embarazo era intrauterino ó que siendo extrauterino, el feto encerrado en el vientre fuera viable. La abstención pues de tal intervención era preceptiva en este caso á pesar de tener dado á los discípulos el diagnóstico de quiste ovárico izquierdo con desenvolvimiento inferior intraligamentario, de naturaleza pseudo-mucinosa, poliquístico con una gran cavidad, de paredes muy delgadas, con pedículo torcido, complicando á un embarazo intrauterino de siete á ocho meses; pero bien entendido sin el grado de certeza que era preciso, indispensable, para las anteriores intervenciones.

No nos quedaba como lícito más que un solo recurso de intervención; la punción abdominal ó dejar, si no lo aceptábamos, correr á una muerte casi segura á la madre y al hijo en los dos meses aproximados que quedaban de embarazo.

A pesar de los inconvenientes de las punciones quísticas, como la indicación era vital, entendí pues que era el único recurso á que debía apelar intentando con él no sólo dar una tregua, un compás de espera á la terminación del embarazo, sino emplearlo como un medio que *á posteriori* nos confirmara ó ratificara el diagnóstico previamente establecido.

Así, pues, se procedió á la punción cómo y cuando queda apuntado en la historia.

Vaciado el quiste en gran parte de su mayor cavidad, pudo apreciarse sin género alguno de duda que el embarazo era intrauterino por la demostración en el abdómen del útero grávido; pudo confirmarse que el feto era viable por la altura del útero y pudo en fin

determinarse con precisión que el quiste era ovárico izquierdo y constaba de una gran cavidad y de otro lóbulo profundo poliquístico sin comunicación con el primero.

Nuestro último deseo, el de que la enferma pudiera llegar al término del embarazo y por consiguiente al parto á tiempo sin que el quiste lo impidiera ó dificultara por una rápida repleción, eso no tuvimos la suerte de conseguirlo.

En efecto, hácia fin de Noviembre, unos veinte días después de la punción, el volúmen del vientre era superior al que tenia antes de la punción y el estado general de la enferma era nuevamente alarmante.

En los primeros días de Diciembre, persuadido de que la mujer no podría esperar los 10 ó 15 días que presumía le faltaban para el término del embarazo y temiendo, que si llegaba á término lo haría en condiciones pésimas; así como dejar á la ventura un parto en el que la inercia, el obstáculo del quiste, la dislocación uterina, etc., serían probablemente motivo de intervenciones enérgicas, ó bien de una nueva punción mucho más peligrosa que la anterior; creyendo más que probable una hemorragia port-partum á consecuencia del agotamiento de la enferma y de las dificultades mecánicas que habían de ofrecerse á la constitución del globo de Pinard, y por último, viendo en perspectiva la posibilidad de una infección puerperal ya que había motivo bastante para desconfiar en tal circunstancia de las defensas orgánicas y para suponer á la enferma en condición extraordinaria de receptividad, me decidí en virtud de tales consideraciones á intervenir reglada y ordenadamente, en vez de esperar musulmanamente, á que se realizara con el parto espontáneo cualquiera de mis anteriores previsiones, en cuyo caso la intervención sería más atropellada, más expuesta y menos segura en resultados felices.

Como la provocación del parto lejos de ser en este caso una solución, echaba encima el peligro que se trataba de evitar, y como la punción seguida ó no del parto espontáneo ó provocado, la creía también muy expuesta por la demacración de la enferma y por los accidentes de infección que pudieran sobrevenir en el útero, en el quiste ó en ambos, claro es que afrenté los peligros de una ovariotomía prepartum siempre menores que los que con cualquiera otra línea de conducta se hubieren de presentar.

Hecha la ovariotomía, no constándome si al terminar la operación el feto vivía, hallándose la operada en muy buen estado y habiendo visto al útero sin contracciones durante el acto operatorio, parecióme prudente, para huir del *sdioc*, que la ovariotomía y el parto rápida-

mente provocado hubieran podido producir, dejar á que el parto se iniciara y se realizara espontáneamente.

Hice el tacto uterino y confirmé lo que por el vientre había visto momentos antes; esto es, que la cabeza fetal había descendido á la excavación inmediatamente que el obstáculo del quiste desapareció.

Con el tacto pude observar además del encajamiento, que la cabeza se apoyaba casi directamente sobre el orificio externo del cuello uterino.

Presumí entonces que el parto no tardaría en manifestarse. Efectivamente; treinta y dos horas después de la ovariotomía, la laparotomizada entró en función de parto, realizándose éste normal y rápidamente con cloroformización oreina.

La historia clínica dice que esta enferma dió á luz una niña de 3.368 gramos de peso, viva y bien desarrollada y, por tanto, hay que suponer que el parto fué de tiempo ó que, en todo caso, solamente se acortó en brevísimos dìas el tiempo normal de una gestación cumplida.

Los hechos confirmaron lo que dictó nuestro juicio clínico, y por ellos podemos, en consecuencia, deducir también que fué buena, prudente y oportuna nuestra conducta terapéutica.

IV

De la historia y reflexiones clínica anteriores pueden deducirse las siguientes conclusiones:

1.ª El diagnóstico integral en los casos de quistes complicados con embarazo, ofrece en ciertos períodos de éste dificultades insuperables en algunos casos clínicos. Tales dificultades pueden referirse lo mismo al conocimiento de la existencia del quiste que al de la naturaleza de sus accidentes y complicaciones.

Las causas de estas obscuridades pueden originarlas el cambio qué sufra el tumor en su constitución anatomo-patológica, su rápido desarrollo y los accidentes pediculares que sobrevienen bajo el influjo de la gestación. Las relaciones recíprocas entre el quiste y el útero grávido pueden justificar también en muchas ocasiones la confusión diagnóstica.

2.ª En el proceso de transformaciones quísticas, lo más digno de mención es la conversión súbita de un tumor de apariencia sólida en líquido, episodio que puede ser interpretado en clínica (cuando al mismo tiempo se presentan por primera vez signos de embarazo y cuando el útero es inaccesible á la exploración, porque lo oculte el tumor) por un desarrollo veloz de una pequeña cavidad del poliquiste, por la

ruptura de una bolsa del mismo ó por la coexistencia de un embarazo abdominal.

3.ª La apoplegía parietal, la hemorragia intraquística y la gangrena aséptica de la pared interna del quiste, son accidentes debidos al gran desarrollo de los vasos del pedículo con motivo del embarazo y á la torsión de los mismos.

Es muy probable que aquellos accidentes circulatorios se realizaran en el momento de vaciar el quiste por la punción. En tal momento baja la presión intraquística, la fluxión arterial ès extraordinaria y el obstáculo al retorno circulatorio determinado por la torsión de la vena ovárica, es considerable. La congestión, la apoplegía, la hemorragia y la gangrena, se conciben fácilmente por semejante mecanismo.

4.ª Los quistes ováricos complicados con embarazo pueden agruparse en varias categorías bajo el punto de vista terapéutico:

Quistes ováricos de desenvolvimiento abdominal que no se influencian por la gestación ni amenazan interrumpir el embarazo.

Quistes ováricos que, influenciados ó no por la gestación, amenazan, sin embargo, interrumpir el embarazo antes de la viabilidad fetal.

Quistes ováricos que se influencian por la gestación, bien por recibir un impulso desenfrenado en su desarrollo, ya porque sufren accidentes de torsión pedicular con graves trastornos nutritivos y circulatorios, bien porque se infecten ó por último porque sufran traumatismos en sus paredes.

Quistes ováricos complicados con un embarazo mal definido respecto á la residencia intra ó extra-uterina del producto de la concepción.

5.ª La primera categoría de quistes ováricos exige la abstención operatoria antes de la época bien definida de la viabilidad fetal; impone la ovariotomía después de la viabilidad siendo la época de elección los ocho ú ocho y medio meses del embarazo.

La segunda categoría impone la ovariotomía en el momento en que el peligro se vislumbre.

La tercera categoría exige siempre la ovariotomía en cualquier época del embarazo si la indicación es de urgencia ó después de la viabilidad fetal si la indicación es de preferencia.

La cuarta categoria obliga al Profesor á una gran discreción. Cuando hubiere de pensar en fijar el momento oportuno de practicar la ovariotomía, procurará retrasarlo cuanto sea posible hasta rebasar con

mucho los límites probables de la viabilidad fetal ó hasta llegar á practicar una ovariotomía pre-partum como en el caso presente.

En indicaciones urgentes para mejorar el estado angustioso de la madre, hará uso de la punción abdominal si hay dudas acerca de la viabilidad fetal.

6.ª Es muy aventurado y expuesto á complicaciones y aun poco científico el esperar que venga el parto sin tener resuelta ya de una manera reglada y deliberada la terapéutica operatoria contra el quiste. La ovariotomía durante la gestación, en las condiciones y límites marcados, es una operación impuesta por la salud y la vida de la madre y del feto y también por la higiene preventiva del parto.

7.ª La ovariotomía pre-partum á pesar de las pésimas condiciones de la enferma y de las lesiones anatomopatológicas del quiste, no aumenta la escasa gravedad que representa hoy tan brillante acto quirúrgico.

8.ª El parto sobrevenido á las 32 horas de practicada una ovario tomía y realizado bajo la influencia de la anestesia á la oreina, se efectúa en las mejores condiciones fisiológicas sin dañar á la sutura abdominal, sin complicar al puerperio y sin trastornar la marcha represiva normal de un pedículo ovárico provisto de vasos enormemente voluminosos.

TRECE CASOS DE RETROFLEXION UTERINA

tratados por acortamiento y fijación intraperitoneal de los ligamentos redondos á la pared abdominal

por el Dr. A. M. COSPEDAL TOMÉ (Madrid).

Desde el mes de Septiembre de 1900 he tratado trece mujeres enfermas de retroflexión uterina por acortamiento y fijación intraperitoneal de los ligamentos redondos á la pared abdominal.

La técnica ha sido la siguiente: laparotomía media en el espacio de ombligo á pubis, más próxima al pubis, en una extensión como de ocho á diez centímetros; investigación de la situación de la matriz; despegamiento de las adherencias, si existían; elevación con dos dedos del fondo uterino hasta la abertura abdominal; prehensión de cada ligamento redondo con una pinza; colocación de un solo hilo de seda fuerte que entra en el lado derecho, atravesando la aponeuritis abdominal, el músculo recto, la fascia trasversalis, el peritoneo y el liga-

mento redondo del mismo lado á dos ó más centímetros del origen uterino de éste y sale atravesando en igual forma é inversamente el ligamento redondo del lado izquierdo, á igual distancia del útero, el peritoneo, la fascia trasversalis, el músculo recto y la aponeurosis; cruzamiento de los cabos del hilo de seda de modo que el lado derecho atraviesa el tejido célulo-grasoso y la piel del lado izquierdo, y el de este lado atraviesa el tejido célulo-grasoso y la piel del lado derecho. Así, el asa inferior del hilo de seda contiene y une los órganos que se han mencionado, y el asa superior contiene solamente el tejido célulo-grasoso y la piel. Este punto de seda de fijación de los ligamentos redondos, de suspensión de la matriz y de adosamiento de ésta y de aquéllos al peritoneo y pared abdominal sirve, además, para cerrar la herida del vientre en unión de los demás puntos de sutura, hechos también con seda y en igual forma, pero aquél es el único que atraviesa los ligamentos redondos.

En un solo caso he hecho atravesar dos de los hilos por los ligamentos redondos, á distancia de un centímetro entre ambos, porque la matriz era más voluminosa y pesada que de ordinario y porque ambos ligamentos redondos participaban de cierta flacidez que obligaron á hacer su acortamiento mayor y la sujeción de la matriz más fuerte y su adherencia más extensa á la pared abdominal.

En un solo caso hice la fijación con catgut fuerte y la operación fracasó, pues supuró ese único punto de catgut, se formó un pequeño absceso en la herida y la matriz cayó de nuevo hacia atrás. Tal vez el catgut no se hallaba bien esterilizado y, en previsión, para que no se repitiera el caso, no volví á emplear catgut; he empleado no más que seda esterilizada en agua hirviendo.

Todos los puntos de sutura y ó los que sostienen y fijan los ligamentos redondos son separados después de diez ó doce días, cortando por debajo del nudo uno de los cabos y tirando del otro, sin más precaución que hacer tracción hacia fuera del extremo que va á ser cortado, deprimiendo á la vez la piel en aquel punto, para evitar que dicho extremo pueda, si estuviera poco estéril, infectar los tejidos profundos al ser retirado.

El procedimiento es, pues, el que emplean los Sres. Doleris y Richelot, excepto en la manera de cerrar el vientre.

Aparte aquella en que se empleó catgut (la núm. 2 de la adjunta estadística), todas las enfermas han curado de su retroflexión.

De la enferma núm. 6 de la estadística no he tenido noticias después de su curación.

En las once enfermas restantes, el resultado lejano es el siguiente:

tres enfermas se han hecho embarazadas, la primera parió en esta Facultad de Medicina; su embarazo, tercero de esta mujer, siguió una marcha normal hasta el término, á pesar de su mísera situación social; su parto, en tercera posición de vértice, fué normal en cuanto al trabajo, pero se aplicó el forceps por debilitación de los latidos fetales y se extrajo un niño muerto, cuyo cordón umbilical se hallaba tres veces arrollado al cuello; se suturó en seguida la rasgadura perineal incompleta que se produjo; á los ocho días se practicó un legrado uterino porque la temperatura subió á más de 38°, y la mujer salió de maternidad á los treinta y cinco días después de su parto, con la matriz reducida y adherida á la pared abdominal anterior, en cuya buena situación continúa.

La segunda se hizo embarazada siete meses después de la operación; abortó á los seis meses por motivos muy independientes de la operación (núm. 4 de la adjunta estadística). De nuevo se hizo embarazada cinco meses después; su embarazo normal llegó á término y dió á luz un niño robusto, en posición de vértice, en un parto completamente normal. Esta mujer había tenido tres partos antes de la operación, el último en presentación de hombro, seguido de infección puerperal. Ni el aborto ni el parto tenidos después de operada han aflojado las adherencias útero-abdominales y la matriz de esta enferma continúa en anteversión.

La tercera (núm. 7 de la estadística) se hizo embarazada trece meses después de la operación. Su embarazo fué normal, y en el parto segundo de esta mujer, asistido por un concurrente á mi Clínica, se comprobó que la operación no influyó en la forma y duración de las contracciones uterinas, ni en la expulsión normal de un feto femenino de todo tiempo, en posición OHA. El puerperio y la lactancia han sido normales y la matriz continúa en anteversión y adherida á la pared abdominal. Esta mujer se halla de nuevo embarazada.

Otra operada, residente en Toledo, se halla embarazada y su embarazo es normal.

Las siete enfermas restantes, curadas de su retroflexión, no han vuelto á experimentar molestias, y continúan con su matriz en anteversión normal.

En la mayor parte de las enfermas, la retroflexión, era no adherente. En otras tres las adherencias existían, pero eran laxas y pudieron separarse fácilmente. En una cuarta enferma las adherencias con el fondo de Douglas, más sólidas, pudieron también separarse manualmente, pero hubo necesidad de mantener en el fondo peritoneal

una compresa de gasa esterilizada, durante algunos minutos, que cohibió el exudado sanguíneo.

Ningún otro incidente operatorio ni post-operatorio merecen mención especial.

He tratado muchas enfermas de retroflexión por el enderezamiento manual y colocación de pesario de Hodge; en otras he empleado, si coincidían con prolapso genital más ó menos acentuado, la legración uterina, la amputación del cuello y las operaciones plásticas vaginales; he aconsejado también la posición genu-pectoral, previa colocación de espéculo; en otro número menor de enfermas he practicado la operación de Alexander-Adams y la histeropexia; he hecho también vagino-fijaciones, según Dürhsen y Mackenrodt; tres veces he tratado á las enfermas por enderezamiento vaginal del útero, propuesto por Doyen, y en todos los casos he tratado convenientemente las lesiones intrauterinas que suelen acompañar á los estados de retroflexión.

Del amasamiento no tengo experiencia propia; pero debo aclarar que el resultado de los tratamientos mencionados no ha sido tan rápido, tan satisfactorio, ni tan permanente como el obtenido por el acortamiento y fijación intraperitoneal de los ligamentos redondos á la pared abdominal.

Mis conclusiones son éstas:

1.ª El acortamiento intraperitoneal de los ligamentos redondos y su fijación á la pared abdominal anterior, satisfacen mejor que los otros tratamientos propuestos contra la retroflexión del útero, las exigencias del arte quirúrgico.

2.ª Sus resultados en la mayor parte de los casos son rápidos, seguros y permanentes.

3.ª La operación facilita la concepción y no influye desfavorablemente en la marcha normal del embarazo y del parto.

4.ª Tampoco engendra perturbaciones en el normal funcionamiento de los órganos abdominales y pelvianos.

ESTADISTICA

de las retroflexiones uterinas tratadas por acortamiemto intraperitoneal de los ligamentos redondos y fijación á la pared abdominal.

Núm. 1. VALENTINA GALLEGO, treinta años, casada, natural de Aranjuez.—Nulípara. Retroflexión poco adherente, endometritis hiperplásica. Menorragias. Legración en 12 de Marzo de 1900. Legración en el Hospital en 15 de Agosto de 1900. Persisten los fenómenos dolorosos y hemorrágicos.	Día 29 de Septiembre de 1900.—Laparotomía; fijación de los ligamentos redondos. Alta por curación en 25 de Octubre de 1900.—Sala San Bartolomé, cama núm. 16.	Menstruaciones normales. Primera falta de menstruación en Agosto de 1601. Embarazo y parto normales en 22 de Abril de 1902 (asistida en la Facultad de Medicina). Latidos cardiacos debilitados; aplicación de forceps, tercera posición. Rasgadura perineal incompleta. Sutura inmediata. Endometritis séptica. Legración. Alta, curación, 27 Mayo 1902. Continúa bien.
Núm. 2. VICENTA ESCUDERO ROSALES, veintidos años, soltera, natural de Vizcaya, modista.—A los veinte años un parto normal.	Día 27 de Octubre de 1900.—Laparotomía; fijación ligamentos redondos Catgut Reverdin para los ligamentos. Infección. Absceso de los puntos de catgut. Alta por curación; persiste la retroflexión menos acentuada, algunos trastornos urinarios molestos que pasan pronto. San Bartolomé, núm. 10.	Menstruaciones normales. Disminución de molestias dolorosas, pero la matriz persiste en retroflexión, no tan marcada, algunos meses después de la operación.

Núm. 3. PERFECTA ALVAREZ RODRÍGUEZ, treinta y siete años, soltera, natural de Fuencarral, sirviente.—Primer parto, á los diez y ocho años. Segundo parto, á los veinte, normales. Menstruaciones abundantes.	Día 27 de Octubre de 1900. Laparotomía; fijación ligamentos redondos. Alta por curación en 23 de Noviembre de 1900. Resultado satisfactorio. Matriz en anteversión normal. Ningún incidente.—San Bartolomé, núm. 16.	Pasados algunos meses vuelve á ser vista y se halla siempre la matriz en anteversión normal.
Núm. 4. FRANCISCA FRANCO NARANJO, veintisiete años, viuda, natural de Cádiz, modista.—Primer parto en Mayo del 89. Segundo parto en Febrero del 91. Tercer parto en Febrero del 93. Posición transversal. Infección puerperal después del último. Menstruaciones abundantes. Se casa por segunda vez en Mayo de 1900. No tiene embarazo.	Día 24 de Noviembre de 1800. Laparotomía; fijación ligamentos redondos. Sutura con seda. Alta por curación en 31 de Enero de 1901, sin incidente. Resultado satisfactorio. Matriz en anteversión normal. San Bartolomé, núm. 2.	En Julio de 1901 embarazada. El embarazo marcha normal. En Diciembre de 1901 noticia inesperada de estado agónico de su padre. Viaje de Madrid á Cádiz. Muere su padre. Regreso de Cádiz á Madrid. A los pocos días síntomas de aborto; presentación de brazo y procidencia de cordón. Extracción manual, cabeza la última. Expulsión lenta de placenta. Puerperio normal. En 15 de Junio de 1902 nuevo embarazo normal hasta término. En 23 de Febrero de 1903 parto normal en en posición de vértice. Expulsión rápida de placenta. Niño vivo. Pnerperio normal. La matriz continúa en anteversión normal.

Núm. 5. BLASA IGLESIAS GÓMEZ DEL CAMPO, treinta años, casada, natural de Burgillos (Toledo).—Menstruaciones abundantes. Primer parto en Julio 1892. Segundo parto en Febrero 1894, normales. Hemorragias en el alumbramiento. Menstruaciones cada vez más abundantes.	Día 24 Noviembre 1900. Laparotomía; fijación ligamentos redondos. Sutura con seda. Alta por curación en 8 Enero de 1901. Resultado satisfactorio. sin incidente. Matriz en anteversión normal.—San Bartolomé núm. 7.	Algunos meses después continúa sin novedad y la matriz fija en su nueva posición.
Núm. 6. ANICETA MARÍN, veinticinco años, casada, natural de El Collado (Soria).—Retroflexión uterina.	Día 28 Noviembre 1900. Laparotomía; fijación ligamentos redondos. Sutura con seda, sin incidentes. Alta por curación en Enero de 1901. Matriz en anteversión normal. Número 5 de Santa María.	No he vuelto á saber de ella, á pesar de mi encargo de que me remitiera noticias de su estado.
Núm. 7. CIPRIANA RONCERO MORCILLO, veintiseis años, casada, natural de Nambroca (Toledo) — Caída hacia atrás y durante tres meses dolores pelvianos. Primer parto en Abril de 1900.	Día 26 Febrero 1901. Laparotomía; fijación ligamentos redondos. Sutura con seda. Alta por curación en 19 Marzo 1901, sin incidentes. Resultado satisfactorio. Matriz en anteversión normal.— Santa Teresa núm. 12.	En Abril 1902 se hace embarazada. El embarazo siguo su curso normal. En 31 Diciembre 1902, parto normal posición vértica. Puerperio normal. La matriz continúa en anteversión normal.

Núm. 8. María Izquierdo Martínez, veintinueve años, casada, natural de Garcinarro.—Menstruación normal. Recibe un susto á los diez y nueve años; se suspende la menstruación; á los tres meses reaparece. Menstruaciones después muy abundantes. Primer parto Mayo 1892. Segundo parto en Junio 1896, normales.	Día 24 Abril 1901. Laparotomía; fijación ligamentos redondos. Sutura con seda. Alta por curación en 19 Mayo 1901, sin incidentes. Matriz en anteversión normal.—San Bartolomé, núm. 6.	Pasados algunos meses continúa bien. Matriz en anteversión normal.
Núm. 9. Antonia Peces, veintinueve años, casada, natural de Toledo. — Nulípara. Menstruaciones abundantes. Retroflexión con suaves adherencias.	Día 24 Abril 1902. Laparotomía; fijación de los ligamentos redondos. Alta por curación en 1.º Junio 1902. Resultados satisfactorios, sin incidentes. Sutura de seda. Matriz en anteversión normal.—Número 8 de Santa María.	En 22 Enero 1903 continúa bien. Sun menstruaciones son menores. La matriz continúa en anteversión normal.
Núm. 10. Juana San Juan, de veintisiete años, casada, natural de Toledo.—Menstruaciones abundantes. Retroflexión uterina libre de adherencias. Nulípara.	Día 31 de Mayo de 1902. Laparotomía; fijación de los ligamentos redondos. Sutura con seda. Alta por curación en 26 de Julio de 1902, sin incidentes. Matriz en anteversión normal.—Número 12 de Santa María.	En Enero 1903 continúa sin novedad y la matriz en anteversión normal.

Núm. 11. Amalia Domínguez Freijo, veinticuatro años, natural de Escarbajosa (Avila), casada.—Reglas abundantes. Primer parto 14 Agosto 1897. Segundo parto 11 de Febrero 1899. Retroflexión uterina no adherente.	Día 23 de Octubre 1902. Laparotomía; fijación ligamentos redondos. Sutura con seda sin incidentes. Alta por curación en 1.º Diciembre de 1902. Matriz en anteversión normal.—Santa Teresa, núm. 12.	Dos meses después se hallaba perfectamente, con su matriz, en anteversión normal. Menstruaciones normales.
Núm. 12. Tiburcia Gonzalez Martin, veinticinco años, casada.—Nulípara. Menstruaciones normales. Retroflexión suaves adherencias.	Día 7 Enero 1903. Laparotomía; fijación ligamentos redondos. Sutura con seda, sin incidentes. Alta por curación en 1.º Febrero de 1903. Matriz en anteversión normal.—Santa Teresa, núm. 6.	En mediados de Marzo continúa sin novedad. La matriz en anteversión normal.
Núm. 13. Bernardina Cid y Cid, treinta años, casada, de Herrería (Guadalajara).—Histérica. Menstruaciones normales. Un aborto de cinco meses á los veinticinco años de edad.	Día 6 de Febrero de 1903. Laparotomía; fijación de los ligamentos redondos. Absceso de los puntos. Mujer inquietísima. Alta por curación en 1.º de Marzo 1903. Matriz en anteversión normal.—Santa Teresa, núm. 2.	Acaba de marchar del Hospital. Es notable que, á pesar de la supuración de la herida, la matriz se halla firmemente en anteversión normal.

Discussion.

Dr. LOPEZ SANCHO (Valencia): No lo considero aplicable, pues continua la flexión obrando sobre los ligamentos y lo único que prueba el trabajo del Dr. Cospedal, es que es posible la concepción.

UN ARTICULO PARA EL CÓDIGO CIVIL

Por el Dr. EPIFANIO BALLESTEROS (Madrid).

SEÑORES CONGRESISTAS:

Como consecuencia de un caso práctico en que he tenido que intervenir estos días, voy á distraer vuestra atención deplorando no tener las dotes necesarias, ni disponer de tiempo por estar terminando este Congreso sus tareas, para hacer un trabajo digno de las eminencias extranjeras y nacionales que constituyen la Sección de Obstetricia y Ginecología, á la que me honro pertenecer y en la que he visto mi insignificancia al escuchar los aplaudidísimos discursos de los señores que me han precedido. Así, que espero de vosotros indulgencia por esta mal perjeñada comunicación, digno su asunto del talento de cualquiera de los que me escucháis, y que lo desarrollarían con la brillantez á que estáis acostumbrados.

Sólo me guía al exponeros este caso el que pueda servir de aviso para los análogos que se os puedan presentar, y para ver si los legisladores pueden evitar el que lleguen á ocurrir hechos como el que paso á exponer:

Acompañando á una enferma que tengo en tratamiento, venía una hermana suya, casada, la que me manifestó vivos deseos de que la practicara un reconocimiento y viera que era lo que motivaba los grandes sufrimientos que tenía siempre que llegaba la época de la menstruación y la causa por la que era estéril. Autorizado por su hermana, no pudiéndose solicitar por el momento la de su esposo, que en aquellos días estaba ausente, no tuve inconveniente en proceder á su examen, encontrando que tenía una estenosis cervical muy acentuada que producía una dismenorrea mecánica por obstrucción y muy posible causa única de la esterilidad de que se lamentaba y que la hacía sufrir mucho más que el dolor físico que la dismenorrea la ocasionaba, aunque éstos, según la enferma, y por lo que se deducía de la estrechez que sufría, eran verdaderamente horribles. Sabiendo

la causa, el tratamiento como se puede comprender, no podía ser más sencillo, la dilatación, con la que casi segumente se conseguiría poner término á tan aflictiva situación. Esto la aconsejé, pero recabando antes el consentimiento de su esposo, sin cuyo requisito ningún médico debe intervenir.

Al regreso de su esposo le manifestó el resultado del reconocimiento y aunque aprobó éste, le prohibió en absoluto ponerse en cura, lo que le produjo una inmensa depresión de ánimo al ver se le quitaban los medios de poder conseguir la mayor ilusión de su vida el tener descendencia, pues para nada hacía caso de los atroces dolores que en la presentación de las reglas tenía. Estos los toleraría resignada, sin quejarse, aquello no es posible que así fuera, pues el ser madre es la mayor dicha que la mujer tiene y la misión más alta para lo que fué estatuído el matrimonio.

Inícuo es tamaño proceder y sólo se comprende en un ser abyecto y despreciable que considera á la mujer nada más que como un objeto pasivo para satisfacer sus goces, privándola del mayor que puede ella tener que es el llamarse madre como antes dije.

En la religión católica, la advocación más sublime en la que se venera á la Virgen es en su Concepción y la mayor alegría que tuvo fué cuando el Angel la anunció que sería Madre. Así ocurre á todas las mujeres y aun en los seres irracionales veis los cuidados y atenciones que la hembra prodiga á sus hijos con exposición de su vida muchas veces.

Al privar á esta enferma de curarse, yo creo que además de infringir un deber moral se comete uno antisocial que debía estar castigado en el Código por cuanto tiende á disminuir la sociedad á privar de hijos á la Patria y á desobecer los consejos que en el acto de la celebración del matrimonio San Pablo da.

Tan repugnante es esto como el marido que usando ciertos asquerosos aparatos que el comercio expende, cohabita con su mujer impunemente de que la concepción se verifique. ¿No es esto criminal? Yo creo que sí y en alto grado; no encuentro nombre más apropiado.

Este proceder ante su mujer es inhumano por cuanto exponiéndole un medio fácil de evitarla esos sufrimientos, él se opone á ello.

Por más que he indagado no he encontrado en nuestra Legislación vigente nada sobre este asunto, y á mi juicio, en la forma que pudiera hacerse, debía adicionarse al Código civil un artículo en este ó parecidos términos: «Entre las obligaciones del marido para con su mujer está la de procurar la curación de sus enfermedades y más si éstas pueden motivar la esterilidad».

Parece un absurdo que haya necesidad en una ley hacer constar lo anterior, pero al presentarse un caso tan solo debe prevenirse y evitarse.

En esto tienen más suerte los seres irracionales que se utilizan para la alimentación; hay una ley de caza y pesca que les proteje cuando están en la gestación y cria. ¿Por qué en la especie humana no se ha de aconsejar, ya que no es posible imponer, que evite á su compañera esos dolores morales y físicos? Por otra parte, la misión del médico es muy triste y desairada ante una enferma que sufre y que no púede prestarle auxilio necesario por la autoridad tirana de su marido.

Esto es lo que someto á los dignos é ilustrados Congresistas que habéis tenido la bondad de escucharme.

NUEVO MÓDELO DE JERINGA PARA INYECCIONES HIPODÉRMICAS GINECOLÓGICAS

por el Dr. RODOLFO DEL CASTILLO (Madrid).

Señores:

La jeringa que tengo el honor de presentar al Congreso, consta de una alargadera capilar de 18 centímetros de longitud, cuyo extremo superior se une mediante un enchufe á una jeringuilla de 2 c. c. de cavida de las del modelo de Roux, y el estremo inferior se atornilla á una aguja semejante á la de Pravaz.

La modificación que entraña este modelo la he ideado al objeto de poder inyectar con comodidad en el tejido submucoso de los fondos de saco vaginales y parenquina del cuello uterino las sustancias medicamentosas empleadas en determinadas afecciones del útero y sus anexos al objeto de modificarlas.

En mi modesto entender este nuevo modelo reune sobre las demás jeringas ideadas á este fin la ventaja de poder inyectar con comodidad las sustancias que se deseen sin que para nada oscurezca el campo operatorio; y que desde luego someto á la consideración del ilustrado concurso.

COOPERACIÓN AL ESTUDIO DE LAS RELACIONES ETIOLÓGICAS, ANATÓMICAS Y CLINICAS DE LAS METRITIS

por el Dr. POLICARPO LIZCANO (Madrid).

Las investigaciones realizadas para descubrir la presunta conexión entre las causas, las lesiones anatómicas y los síntomas de las metritis, no han logrado hasta hoy sino resultados muy inciertos, discutidos é interpretados de distinta manera por experimentadores de justo renombre.

Las causas bacterianas producen alteraciones histológicas limitadas al tejido conectivo; las no infecciosas (trastornos nutritivos, éxtasis circulario, irritaciones nerviosas) interesan sólo el aparato glandular. Cuando estas dos influencias etiológicas obran á la vez, producen lesiones mixtas (glándulo-intersticiales).

Tal es la opinión de muchos experimentadores, apoyada en investigaciones bacteriológicas y datos clínicos. Aunque todavía es difícil el conocimiento de las formas de metritis por el aspecto de las lesiones anatómicas, no dudamos que con el progreso de la bacteriología, el minucioso análisis de los síntomas y los adelantos de histología patológica, podrán esclarecerse esos vínculos en un porvenir no remoto.

Las dificultades de este género de investigaciones dependen mucho de la falta de acción específica de los gérmenes patógenos de las metritis, pues fuera del bacilo de Koch, los demás microbios originan lesiones poco características para atribuirlas á un micro-organismo determinado. Si se añade á esto que los gérmenes desaparecen y la alteración creada por ellos suele persistir, á nadie extrañará la incertidumbre que domina este punto interesante de la ciencia.

La investigación realizada por nosotros recae en 96 casos, estudiados bajo los tres conceptos, etiológico, anatómico y clínico.

En cuanto á la etiología, careciendo de examen bacteriológico, la hemos establecido por la observación clínica; admitiendo dos grandes grupos: uno bacteriano presunto, de causa puerperal; el otro grupo, ajeno probablemente al elemento infeccioso, producido por la menopausia, las retroversiones y los fibromas.

Respecto á las lesiones anatómicas, las estudiamos en cinco grupos, caracterizados, según el examen microscópico, por las alteraciones siguientes:

1.°	Glandulares puras	17
2.°	Intersticiales íd	7
3.°	Mixtas	40
4.°	Ausencia completa de glándulas	20
5.°	Disminución notable de íd	12
		—
		96

No consignaremos entre los síntomas más que la leucorrea y la hemorragia, desórdenes fáciles de apreciar en todas las enfermas, haciendo caso omiso de otros menos importantes.

El síntoma predominante ha sido:

Meno-metrorragia	83 casos.
Leucorrea	13 »
	— »
	96 »

Relación etiológico-anatómica de 78 casos.

		Post-partum..	Post-abortum..
Infecciosas.—Puerperales 53.	Lesiones mixtas	15	16
	Falta total de glándulas	10	»
	Escasez notable de íd	»	4
	Lesiones glandulares puras	6	2
		31	22

No infecciosas 25.	Menopausia	Falta total de glándulas	6
		Intersticiales puras	3
		Glandulares puras	2
	Retroversión	Glandulares puras	4
		Mixtas (glándulo-intersticial)	3
	Fibromas	Glandulares	3
		Escasez notable de glándulas,	3
		Falta total de íd	1

Si estos 78 casos los dividimos en tres grupos, conforme á la clasificación de R u g e, tendremos:

Lesiones glandulares	17
— intersticiales	27
— mixtas	78
	—
	78

En cuanto á la influencia de la causa, infecciosa ó no, sobre la alteración anatómica, observamos que la hiperplasia glandular pura existe con más frecuencia en los procesos no infecciosos.

En los 25 casos de metritis no infecciosa, 9 eran de hiperplasia glandular (36 por 100).

En los 53 casos de metritis infecciosa, 8 eran de hiperplasia glandular (14,7 por 100.

Las lesiones predominantes en el tejido conectivo son también más comunes en las metritis no infecciosas.

En los 25 casos de metritis no infecciosas, 13 ofrecían alteración conectiva (52 por 100).

En los 53 casos de metritis infecciosa, 14 ofrecían alteración conectiva (26 por 100).

Respecto de las lesionės mixtas, se observa que preponderan en las metritis infecciosas:

En los 53 casos de metritis infecciosas, 31 presentaban lesiones mixtas (58 por 100).

En los 25 casos de metritis no infecciosas, 3 presentaban lesiones mixtas (12 por 100).

Influencia del parto sobre las lesiones y síntomas de las metritis.

El estudio comprende sólo 28 casos:

Nulíparas...........	9
Multíparas..........	19

Hiperplasia glandular....		6 nulíparas.	9 multíparas.
—	intersticial...	2 —	4 —
—	mixta........	1 —	6 —

Síntoma predominante:

Leucorrea..	3 nulíparas	4 multíparas.
Hemorragia.	6 —	15 —

Resumen de los cinco grupos de lesiones histológicas, con las causas y síntomas predominantes:

1. Glandulares puras.

Bajo este título comprendemos las lesiones limitadas al aparato glandular, sin alteración apreciable en el tejido conjuntivo.

De los 17 casos, en 12 se observaban gran número de glándulas de aspecto sano; las alteradas lo eran principalmente en su forma muy

irregular y en la excesiva amplitud de su cavidad. Todas conservaban una sola hilera de célula de revestimiento, así como la membrana basal íntegra.

El epitelio de cubierta se ofrecía al examen, en unos trozos conservado; en otros destruído.

De los cinco casos restantes la alteración glandular era general, pero menos dilatadas y menos deformadas las cavidades, presentando algunos dos y tres hileras de células.

Las causas de estas endometritis glandulares fueron:

Puerperal..........	8 casos.
Retroversión	4 —
Fibromas..........	3 —
Menopausia........	2 —
	17

Las enfermas de este grupo ofrecían los caracteres del temperamento sanguíneo y fuerte constitución orgánica; su edad oscilaba de treinta y seis á cincuenta años, y la antigüedad del proceso de dos meses á dos años. Seis casos era *post-abortum*.

El síntoma predominante fué:

La hemorragia en 15 casos (88 por 100).
La leucorrea en 2 casos (12 por 100).

2.º—Intersticiales puras.

Solo comprendemos bajo este epígrafe las lesiones del tejido conectivo con integridad aparente de los elementos glandulares.

Cinco casos, de los siete examinados, ofrecían numerosos vasos sanguíneos] dilatados, con infiltración sanguínea de la mucosa. Las alteraciones celulares correspondían al período agudo inflamatorio de los elementos conjuntivos.

Como causas especiales de las metritis intersticiales se consideraron:

Afección anexial........	4 veces.
Menopausia............	3 —

Las enfermas de mediana edad, excepto las tres menopáusicas, todas eran nulíparas, anémicas y nerviosas. La antigüedad del mal databa de ocho meses á tres años.

El síntoma predominante fué: Hemorragia genital.

3.°—Mixtas.

En este grupo, el màs numeroso, las lesiones del estroma y glándulas se presentan equilibradas.

Las glándulas, aparte de su deformidad y dilatación, están rellenas de células redondas, y ofrecen á menudo varias capas de epitelio. La alteración glandular interesa á todos los elementos secretorios, pero se observa con frecuencia cavidades muy reducidas, aunque deformadas.

El tejido intersticial con gran infiltración de células redondas, que rompen la membrana basal é invaden la cavidad glandular en numerosos casos. No abundan las dilataciones vasculares como sucede en el grupo anterior.

La causa de estas metritis se consigna así:

Puerperal.........	31 casos.
Retroversión......	3 —
Perimetritis.......	6 —
	40

Todas las enfermas eran de mediana edad, multíparas y de temperamento sanguíneo. El proceso databa de uno á dos años; quince casos *post-abortum*. El síntoma principal fué:

Metrorragia...	35 veces	(87 por 100).
Leucorrea.....	5 —	(13 por 100).

4.°—Ausencia completa de glándulas.

Las lesiones del estroma, aparte de la infiltración de células embrionarias, presentan en la mitad de los casos examinados grandes dilataciones de los vasos sanguíneos, algunos de los cuales se observan rotos.

En este grupo incluímos tres casos de lesiones papiliformes y uno de dismenorrea-pseudo-membranosa.

La etiología de los 20 casos analizados es:

Puerperal................................	10
Menopausia..............................	6
Fibromas................................	1
Estenosis...............................	3

La edad de estas enfermas variaba de 26 á 38 años, excepto las me-

nopáusicas; la mayoría de temperamento sanguíneo. La afección era de algunos meses de fecha, y los casos puerperales todos *post-abortum*. Dos enfermas amenorreicas y nulíparas.

El síntoma predominante fué:

Meno-metrorragias.......	17 veces	(85 por 100).
Leucorrea..............	3 —	(15 por 100).

5.º—Disminución notable del aparato glandular.

El aparato glandular en los casos de este grupo, se ofrece con reducción importante en el número de cavidades, las que en la mitad de veces conservan su forma normal, y en la otra mitad se aprecia notable grado de atrofia. Algunas tienen rota su membrana basal.

El tejido intersticial, más ó menos infiltrado de celulas jóvenes, presenta en la mayoría de casos, numerosos y dilatados vasos sanguíneos.

La etiología de los 12 casos de este grupo es:

Puerperal................................	4
Fibromas................................	3
Perimetritis..............................	3
Desconocida..............................	2

Enfermas de 45 á 48 años, de temperamento sanguíneo y con escasa antigüedad del mal (cuatro á ocho meses).

El síntoma predominante fué:

Metrorragia..............	9 veces	(75 por 100).
Leucorrea................	3 —	(25 por 100).

Concretándonos á los casos expuestos, y mientras no se tenga base más fundamental para establecer la verdadera conexión anatomo-etiológico-clínica de las metritis, podremos formular ias siguientes

CONCLUSIONES:

1.ª Las lesiones anatómicas más frecuentes en las metritis, son las que interesan el aparato glandular (hiperplasia, atrofia).

2.ª También son muy frecuentes las que afectan al elemento glandular y conjuntivo (lesiones mixtas).

3.ª Son poco comunes las alteraciones histológicas limitadas al tejido intersticial con integridad de las glándulas.

4.ª Las lesiones histológicas de un solo eleménto, glandular ó intersticial, son más frecuentes en las metritis no infecciosas.

5.ª Las lesiones mixtas preponderan en las metritis de origen infeccioso.

6.ª Las lesiones mixtas son originadas principalmente por trastornos consecutivos al parto y aborto,

7.ª La desaparición del elemento glandular se observa con frecuencia en las metritis *post-abortum*.

8.ª El aparato glandular se atrofia en las metritis de la edad crítica cualquiera que sea su origen (puerperal, fibromas, etc.).

9.ª La hemorragia genital es el síntoma más constante (86,4 por 100) de las metritis.

10. La leucorrea, como síntoma predominante, existe á menudo en las metritis (13,5 por 100).

11, La hemorragia domina en las multíparas, y la leucorrea en las nulíparas.

12. Aunque la hemorragia se observa en todas las formas histológicas de las metritis, parece depender más directamente de las lesiones conjuntivas que de las glandulares.

TRES CASOS DE METRITIS CON LESIONES PAPILIFORMES

por el Dr. POLICARPO LIZCANO (Madrid)

Las lesiones anatómicas de las metritis es raro que no adopten una de las tres formas histológicas establecidas por Ruge: glandular, intersticial ó mixta. Por este motivo ha llamado nuestra atención observar en los análisis de particulas del legrado tres casos de metritis con alteraciones papiliformes del endometrio.

Ignoramos se hayan descrito semejantes lesiones anatómicas, y con el propósito de contribuir á su estudio, vamos á reseñar brevemente las tres observaciones clínicas siguientes:

1.ª Mujer de veintiséis años, de fuerte constitución, temperamento marcadamente sanguíneo, de buena salud y sin antecedentes morbosos.

Ha tenido dos partos normales, con niños sanos.

Ningún aborto.

Bien menstruada hasta el último parto (hace un año), desde cuya fecha sufre intensas menorragias, rebeldes á toda medicacion interna.

Útero voluminoso, blando, orificio externo abierto y erosionado.

Anejos nermales.
Ligeros colpoceles.
No hay leucorrea; existe disuria y estreñimiento.
Buen estado general.



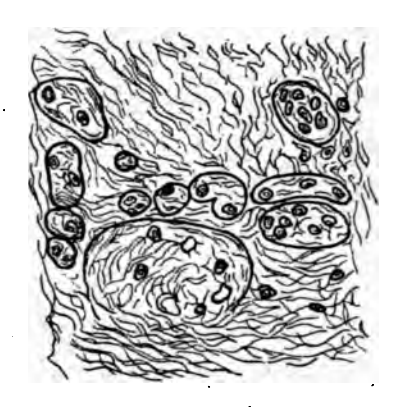
Dibujo núm. 40

Legración.—Cesaron la menorragias, se restableció el período con perfecta regularidad, durante tres días, en cantidad mediana y sin molestia alguna.

Análisis histológico. (Dibujo núm. 40).—Algunas cavidades que parecen restos de glándulas; infiltración sanguínea; tejido intersticial en forma de papilas numerosas, unas al través y otras seccionadas longitudinalmente.

2.ª Enferma de treinta y ocho años, de excelente salud, temperamento sanguíneo, sin antecedentes patológicos y bien reglada.
Seis partos normales.
Siete abortos, todos hacia el cuarto mes de gestación.
Desde hace cuatro meses que tuvo el último aborto, padece metrorragias profusas.
Utero en retroversión derecha, aumentado (85 milímetros), con el orificio externo permeable.
Leucórrea, disuria, estreñimiento.
Cefalalgia, debilidad general.

Legración.—Cesan las hemorragias, reaparece normalmente la regla, y al poco tiempo queda embarazada, llegando á ¡feliz término la gestación.



Dibujo núm. 9.

Análisis histológico. (Dibujo núm. 9).—No se observan glándulas. Tejido intersticial dispuesto en hacecillos que simulan papilas seccionadas transversalmente.

3.ª Enferma de treinta y nueve años, de buena salud, temperamento sanguíneo, bien menstruada y sin enfermedades anteriores.

Diez partos normales, con puerperios hemorrágicos.

Dos abortos, en el curso del segundo al tercer mes de gestación.

El último aborto con retención de membranas, dolores expulsivos, evacuación de coágulos y metrorragia continua.

Utero voluminoso (90 milímetros), en posición normal, con cuello entreabierto. Anejos en estado fisiológico.

Micción frecuente, estreñimiento.

Legración.—La hemorragia cesó por completo, y á los once días el útero se redujo (75 milímetros).

Lo enferma concibe á los dos meses, dando á luz un hermoso niño á los once meses de operada.

Aanálisis histológico.—Ni una sola glándula. Tejido intersticial infiltrado de células redondas y con grandes lagos sanguíneos.

Se observan dos papilas.

CONSIDERACIONES

Las tres enfermas ofrecen idénticas condiciones orgánicas: buena salud, temperamento sanguíneo, apogeo de la vida sexual, sin diátesis ni antecedente patológico alguno.

Todas multíparas; dos de ellas ejemplo de *surmenage* genital.

La lesión uterina se produjo á consecuencia del parto en la primera enferma, en las otras dos fué originada por el aborto.

Las metrorragias caracterizan el síndrome de los tres casos; las demás molestias insignificantes.

La sub-involución uterina es manifiesta, sobre todo en las ocasionadas por aborto.

La terapéutica puso término feliz á los desórdenes hemorrágicos.

Dos enfermas han tenido nuevamente sucesión, y la otra, por su estado, vive ajena á los contactos sexuales.

En los dos casos *post-abortum* la mucosa uterina no se había regenerado, pues faltaba su elemento glandular, del que no se percibieron ni vestigios; en el consecutivo al parto, sólo se aprecian restos de cavidades que simulan glándulas.

No se encontraron células deciduales, ni vellosidades placentarias.

La mucosa uterina sufre modificaciones especiales en la preñez, quedando representada al verificarse el parto por delgada caduca parietal, constituída por restos glandulares y tejido conectivo de células redondas y fusiformes.

Poco á poco los elementos glandulares proliferan, regenerándose el revestimiento epitelial hacia la cuarta semana y estando reproducida por completo toda la mucosa (epitelio de cubierta y glandular y tejido conjuntivo) á las seis semanas del alumbramiento (Leopold).

Pertúrbase hondamente el proceso fisiológico de la involución en los abortos, como lo atestiguan los signos clínicos de aumento de volumen del útero, flujos mucosos ó sanguíneos, permeabilidad anormal del cuello, etc.; las alteraciones histológicas demuestran grave desorden en la reconstitución de la mucosa, pues en los tres casos que reseñamos, el elemento glandular y epitelio de cubierta habían sufrido notable retraso, no apreciándose en los casos *post-abortum*, y observándose simples restos de cavidades glandulares en el *post-partum*.

A la mucosa le faltaba, por lo tanto, su elemento característico, el glandular.

El tejido intersticial se ofrecía con disposición semejante á las papilas, pero sin los vasos y elementos epiteliales propios de éstas; esta singular agrupación de las partes conjuntivas, poco conocida hasta hoy, constituye el principal motivo de estas líneas.

Si añadimos la existencia de vasos dilatados y rotos en medio de los elementos conectivos, podrá admitirse que en los casos *post-puer-*

perales el endometrio no se regenera, persistiendo en el interior del útero una capa de tejido intersticial, con disposición papiliforme, y con escasos ó ningunos elementos glandulares.

Esta deficiencia y retraso en la reconstitución de la mucosa es sólo temporal, como lo prueba el hecho clínico del restablecimiento del período en las tres enfermas y el embarazo en dos, sin desórdenes de ninguna especie y con feliz alumbramiento, testimonio irrecusable de la integridad anatomo-fisiológica del órgano.

CONCLUSIONES

1.ª El aborto y parto ocasionan metritis con lesiones anatómicas especiales, papiliformes, y atrofia ó desaparición del aparato glandular.

2.ª Estas lesiones, de origen infeccioso casi siempre, dificultan la restauración de la mucosa y producen la dilatación ectásica de los vasos.

3.ª No se observa la presencia de células deciduales, características de las endometritis *post-abortum*.

4.ª Esta forma de metritis es intensamente hemorrágica.

5.ª La índole de la alteración anatómica es benigna; y

6.ª Estas metritis son tributarias de la medicación local, curándose por completo á beneficio del legrado.

PROCEDIMIENTO PARA SIMPLIFICAR LA TECNICA DE LA OPERACIÓN DE LA FISTULA VESICÓ-VAGINAL

por el Dr. CLAUDIO HERNANDEZ ROS (Murcia).

En las muchas operaciones de fístula vesico-vaginal que he tenido ocasión de practicar en mi servicio de cirugía del Hospital Provincial de Murcia, y en mi práctica privada, he encontrado tales dificultades para hacer el refrescamiento del borde del orificio fistuloso, ó el desdoblamiento del tabique y disección de los colgajos, según el método operatorio elegido, por la escasa fijación que se obtiene atrayendo hacia la vulva la fístula por medio de erina, pinzas y demás medios auxiliares, y la dureza relativa de la mucosa vaginal, que huye siempre ante el filo del bisturí, que me propuse buscar un medio de evitar estos inconvenientes, y creo haberlo encontrado, teniendo el honor de

comunicarlo al Congreso después de haberlo puesto en práctica repetidas veces con éxito completo.

La innovación consiste exclusivamente en distender la vejiga hasta el grado que se crea necesario, introduciendo en ella por la fístula un globo de goma elástica terminado por un tubo, por el que se insufla hasta que el tabique vésico-vaginal desciende, colocándose frente al orificio valvular. Como podrá comprenderse fácilmente, poniendo una valva corta que deprima la horquilla, abriendo la parte superior de la vulva con separadores á propósito, haciendo presión por encima del pubis, sobre el globo de goma distendido, y finalmente tirando con fuerza del tubo de goma que saliendo por el orificio fistuloso queda en la vagina y que está cogido y cerrado con una pinza de presión continua para evitar que el globo se desinfle, la fístula, perfectamente distendida, y reducido el rodete de la mucosa vesical que siempre aparece algo prolapsado en su borde, se coloca casi al exterior, y se pueden practicar todos los actos operatorios con una facilidad extraordinaria.

Como el globo intravesical, presenta detrás del tabique una resistencia elástica y firme, el trabajo del bisturí resulta muy facilitado, así como el paso de los hilos, que se hace con gran comodidad, y llevando un poco lejos la dilatación del globo se produce cierto grado de isquemia en el tabique que disminuye de un modo notable la molestísima y pertinaz hemorragia que tanto perturba al operador, impidiéndole ver bien lo que hace, y que además tiene un inconveniente grave *à posteriori*, que en ocasiones llega á comprometer el éxito de la operación, y es que cayendo por la fístula en la vejiga gran cantidad de sangre, se coagula alli, y luego obtura los orificios de la sonda evacuadora de la orina, caso que he visto varias veces y y que no puede darse con mi procedimiento, pues durante todo el acto operatorio está llena la cavidad vesical y tapado el orificio fistuloso por el globo distendido.

Una vez pasados los hilos, y antes de anudarlos, se suelta la pinza que cerraba el tubo y se desinfla el globo, que se vuelve á sacar por la fístula, procediendo entonces á anudar la sutura exactamente, con lo que queda terminada la operación.

HYSTEROSCOPIE

par le Dr. CLADO délégué de la Gréce.

C'est en 1896 que j'ai publié pour la première fois mes recherces à ce sujet dans la thèse du Dr. Cogrel. En 1894, nous avons publié, le professeur Duplay et moi, un petit traité d'hystéroscopie pour faire connaître l'instrumentation de cette nouvelle méthode et quelques unes de ses application cliniques. Enfin dans mon *diagnostic gynécologique*, l'hysteroscopie figure à propos des moyens d'exploration usités en gynécologie.

L'hystéroscopie, destinée remplacer tout autre moyen d'exploration intrautérine, réalise la vision directe de la cavité utérine à l'aide d'un appareil que j'ai appelé *hystéroscope*.

Tout récemment, l'intelligent et adroit fabricant d'instruments de médecine M. Chazal, a apporté à l'appareil, sur mes indications, une série d'heureuses modifications qui feront l'objet de ma présente communication en même temps que les résultats pratiques fournis pas cette méthode d'examen.

A.—*Appareil hystéroscopique.* Comme tout appareil endoscopique, l'hystéroscope se compose de deux parties:

1.° Un canal ou *tube hystéroscopique* permettant au regard de pénétrer dans la cavité utérine.

2.° Une source lumineuse ou *photophore* destinée à éclairer le point qu'on observe.

I.—Tubes hystéroscopiques ou speculums utérins.

Ce sont des tubes cylindriques en métal, stérilisables, surmontés d'un tambour pour la suspension du photophore et terminés à leur extrémité libre en bec de flûte, de façon à embrasser une plus grande surface de la paroi intra-utérine. Les tubes hystéroscopiques sont de différentes dimensions et répondent à des numéros spéciaux de la filière hystéroscopique Chazal. Il y a cinq numéros et cela est suffisant pour tous les cas, L'intérieur du tube est noirci de façon à empêcher la diffusion de la lumière projetèe. Chaque tube est muni d'un mandrin à extrémité mousse qui facilite l'introduction du tube dans la cavité utérine et évite la déchirure de sa muqueuse. Une petite pièce articulée à frottement sur le pavillon du tube et portant sur son côté externe un canal cylindrique sert à suspendre le photophore. Cet-

te pièce est mobile sur le pavillon, si bien que lorsque tout est en place le tube tourne sur son axe sans que le photophore ait besoin d'être déplacé.

Le fonctionnement du tube est très simple. On introduit le mandrin dans sa cavité et on pousse le tout dans la cavité utérine, puis on retire le mandrin et le tube reste en place.

Indépendamment des tubes cylindriques j'ai fait construire un autre *speculum hysteroscopique bivalve*. Il est composé de deux demi cylindres recourbés ou valves, en acier rigide, articulées par le milieu de leur convexité. Chaque valve se termine par un rebord saillant à une de ses extrémités et à son autre extrémité par une section arrondie et lisse destinée à pénétrer dans la cavité utérine. La longueur du speculum bivalve doit correspondre à la longueur moyenne de la cavité utérine d'un uterus très peu hypertrophié, 6 1/2 à 7 centimètres. L'articulation se trouve un peu plus près du rebord circulaire à environ trente millimètres de ce bord, autrement dit l'articulation doit correspondre à l'isthme utérin une fois l'instrument en place. Cette disposition est voulue et voici pourquoi. L'instrument pénètre dans la cavité cervicale, laquelle, étant données ses dimensions, maintient la première partie de l'instrument fermée; mais à mesure qu'on enfonce l'speculum, l'articulation ayant dépassé l'isthme, c'est la seconde moitié qui s'engage dans le col et se trouve enserrée et fermée à son tour. Il se produit alors, autour de l'articulation, un mouvement de bascule par suite duquel la moitié qui a dépassé l'isthme, et qui s'est engagée à fond dans l'utérus, s'ouvre entièrement en écartant largement les parois utérines. Somme toute, l'instrument est calculé de façon à s'ouvrir fatalement une fois enfoncé dans la cavité cervicale grâce à son articulation en X. L'opérateur n'a donc qu'à pousser doucement; l'isthme et la cavité cervicale se chargent pour ainsi dire de toute la manœuvre.

II.—*Photophore.*

Il se compose essentiellement de deux parties: 1° Une lampe à incandescence; 2° Un prisme à reflexion totale. La lam pe est supportée par un tambour encastré lui-même dans une plaque isolante. Sous la plaque se trouve un orifice destiné à recevoir le pôle électrique, l'instrument étant *unipolarisé*. C'est là une des récentes modifications, les rayons de la lampe sont recueillis sur une lentille planconvexe destinée à les concentrer et traversent celle-ci pour se rendre au prisme à réflexion totale.

Cette partie de l'appareil est contenue dans un manchon cylindri-

que (de façon a être soustraite à la vue) qui se termine en haut par une extrémité coupée en bec de flute. C'est dans cette partie qu'est logé le prisme à reflexion totale. On pourrait y ajuster simplement une glace inclinée à 45° qui réfléchirait aussi bien les rayons lumineux.

Entre le cylindre-manchon et la lampe, il existe un espace suffisamment large pour établir un courant d'air destiné au refroidissement de la lampe. La prise de l'air qui y circule s'établit par l'orifice dont est percé le manchon. Enfin sur la partie verticale du bec de flûte nous trouvons une fenêtre demi-circulaire à travers laquelle s'échappent les rayons lumineux pour de là se diriger horizontalement dans le canal du tube hystéroscopique.

L'allumage se fait par le simple contact qui résulte de l'introduction du rhéophore dans l'orifice qui est ménagé sous la plaque isolante; les rayons de la lampe à incandescence, recueillis et renforcés par la lentille planconvexe, sont transmis au prisme ou à la glace; brisés à angle droit, ils traversent la fenêtre du manchon et s'en échappent en faisceau lumineux à direction horizontale postéro-antérieure.

Le photophore et les tubes hystéroscopiques sont reliés l'un à l'autre par un appareil de suspension qui est en même temps un appareil de réglage, grâce à une vis sans fin qui fait remonter ou descendre le photophore par rapport à l'axe du tube.

Sur cet appareil de suspension, le photophore décrit un mouvement de volet, grâce auquel il se trouve complètement appliqué sur le pavillon du tube hystéroscopique ou s'en écarte, à volonté, en le démasquant entièrement. Ce mouvement de volet est très important au point de vue des manœuvres nécessaires au nettoyage de la cavité utérine, nettoyage indispensable pour un bon examen hystéroscopique.

L'appareil est actionné par une pile quelconque, à condition qu'elle soit réglable afin d'éviter la brûlure de la lampe.

J'ai longuement décrit dans mon *diagnostic gynécologique* et dans le traité d'hystéroscopie le manuel opératoire de cette méthode d'exploration. Je crois inutile d'y revenir. Je tiens seulement à rappeler que mon speculum, qui se tient automatiquement en place une fois posé dans le vagin, est un excellent adjuvant à l'hystéroscopie, parce qu'il permet de se passer des mains d'un aide, Je répète ici ce que j'ai écrit déjà à plusieurs reprises dans différentes publications, savoir que l'on peut faire seul un examen hystéroscopique, sans qu'une aide quelconque soit nécessaire pour cette opération.

B.—*L'hystéroscopie en clinique.* Les indications de l'hystéroscopie peuvent être rangées sous cinq chefs. Elle est indiquée lorsqu'il s'agit

I. De complèter un diagnostic déjà posé.
II. De trancher un diagnostic incertain.
III. D'acquérir des renseignements en vue du traitement.
IV. De contrôler les résultats de certaines opérations.
V. De pratiquer certaines opérations intrautérines et la biopsie.

I.—L'anatomie pathologique nous a fait connaître nombre de lésions anatomiques des *metrites* que la clinique jusqu'ici était incapable de diagnostiquer avec précision. L'hystéroscope permet de voir ces lésions directement et de rattacher à ces lésions les symptômes révélés par la clinique. C'est ainsi que nous avons établi, M. Duplay et moi, que les saignements répétés dans les métrites indiquent presque toujours que la cavité utérine est habitée par une production anormale. Chaque fois que l'utérus saigne, en dehors d'une tumeur, autrement dit, chaque fois qu'il y a métrite hémorragique, on est en droit de supposer que la métrite est productive *(état villeux, fongosités, polypes folliculaires, productions kystiques)*. La métrite productive est justiciable du curettage.

L'hystéroscope révèle encore des notions intéressantes sur les *métrites blennorrhagiques*, sur une sorte de *gangrène de la muqueuse* et sur la *tuberculose de l'utérus* (V. Traité d'Hysteroscopie. p. 145-148).

II.—L'hystéroscope permettant de voir dès son début une tumeur, d'en prélever un fragment pour l'examen microscopique, facilite le diagnostic différentiel entre le fibrôme de l'épithéliome à leur début. Souvent même ce mode d'examen est le seul criterium pour affirmer la présence d'une tumeur. J'en dirai autant des rétentions placentaires ou des membranes de l'œuf, des caillots etc.

III.—Neugebauer, Albertin Boris ont rapporté des exemples de corps étrangers de l'utérus. Nous mêmes en avons publié, les uns avoués par la malade, les autres ignorés. Dans ces cas, dont les plus communs sont les laminaires plus ou moins fragmentées, et les éponges préparées, l'hystéroscope reconnaît la présence de l'objet et fournit des indications sur le point de la cavité utérine où doit se diriger l'effort thérapeutique.

IV.—Après une intervention chirurgicale sur la cavité utérine, il sera toujours bon d'employer l'examen hysteroscopique comme moyen de contrôle. On sera parfois obligé de revenir sur un point qui a échappé à l'intervention. Ainsi des fibromes, des polypes, des rétentions placentaires, des corps étrangers, etc.

V.—Enfin l'hystéroscopie rend de grands services dans l'extraction des corps étrangers en nous montrant exactement où ils siègent et comment on doit les saisir pour les retirer commodément. Elle est

également utile dans l'intervention contre certaines productions. Enfin, sans grands dégats elle nous permet de prendre, sur le point voulu un fragment destiné à l'examen microscopique (biopsie).

La plupart des dessins qui accompagnent cette communication sont dus à l'obligeance de M. Dupont, artiste peintre, que je remercie vivement.

N. B. Ces dessins ne nous sont pas parvenus.

SUR LE MODE D'AVIVEMENT ET DE SUTURE DANS LE TRAITEMENT DES DÉCHIRURES ANCIENNES DU PÉRINÉE (PROCÉDÉ DE LAWSON TAIT)

par Mr. WILHELM NAGEL (Berlin).

La méthode d'opération, à laquelle le nom de Lawson Tait est attachée, a passé au cours du temps par tant de modifications que le principe original de cette opération est presque oublié. Le but de la plastique de périnée avec la formation des lambeaux est: de rétablir les proportions de la blessure comme elles étaient immédiatement après l'accouchement et de suturer la plaie, ainsi crée, d'après la méthode donnée par Emmet pour des ruptures du périnée fraiches.

Par conséquent on voit:

1) Que la méthode de Lawson Tait n'est indiquée que dans les *ruptures du périnée complètes.* Dans les ruptures incomplètes, la méthode de formation de lammelles fait une plaie comme elle n'arrive jamais en verité au cours de l'accouchement.

2) Pour atteindre des lammelles utilisables et pour rétablir des proportions originales de la blessure, il faut que les incisions latérales, correspondant à la forme de l'introït du vagin et de l'anus, divergent des extremités de l'incision transversale (fig. 1); les deux incisions latérales supérieures doivent être un peu plus longues que les incisions latérales inférieures.

3) Il faut que tous les quatre sutures profondes traversent la peau de sorte que tous les sutures soient nouées au périnée. (Fig. 2). La première—supérieure—de ces sutures va exactement tout le long du bord supérieur de la plaie (qui est identical avec le bord vaginal dans les ruptures fraiches) la quatrième (celle en bas) sera placée exactement tout le long du bord inférieur de la plaie, qui correspond au bord rectal des déchirures fraiches.

Si l'on opère de cette manière, les bords de la plaie se placent exactement l'un à l'autre (Fig. 3), et on évite les bourrelets (Bürschel) incommodes devant et derrière qui ont dégouté tant d'opérateurs de la méthode de formation de lambeaux dans la traitement des ruptures anciennes du périnée.

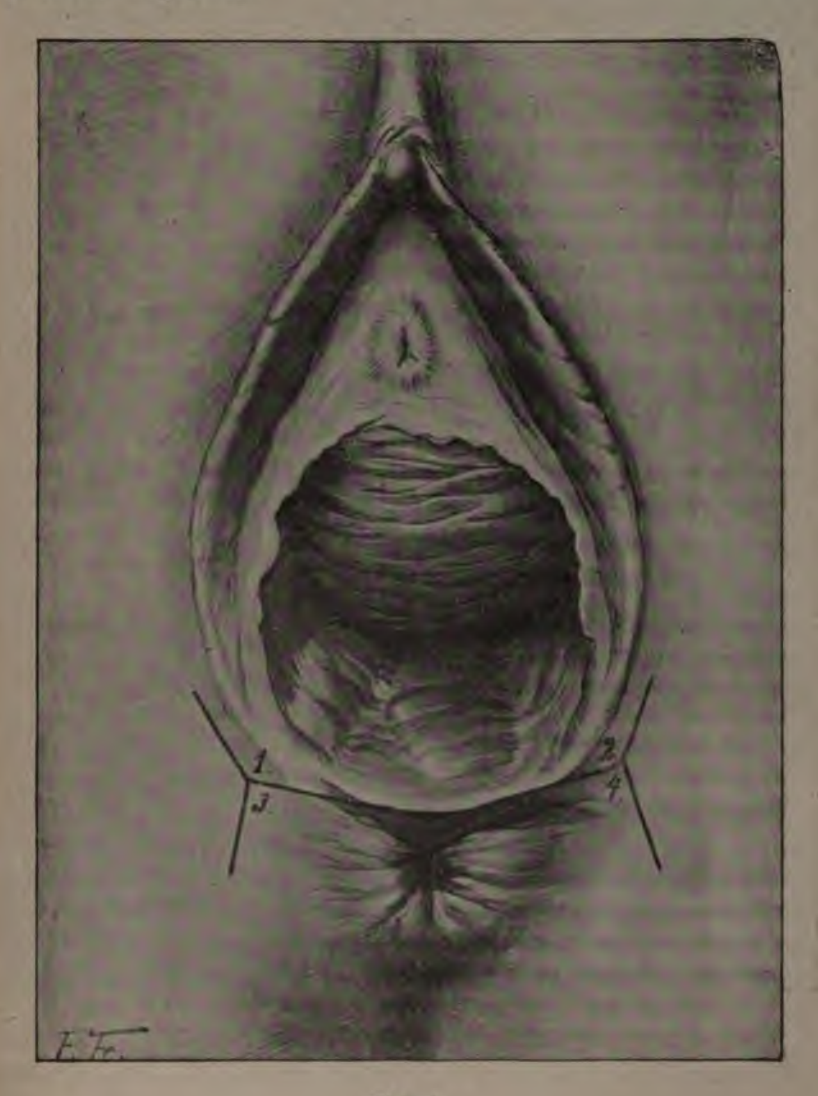


Fig. 1.

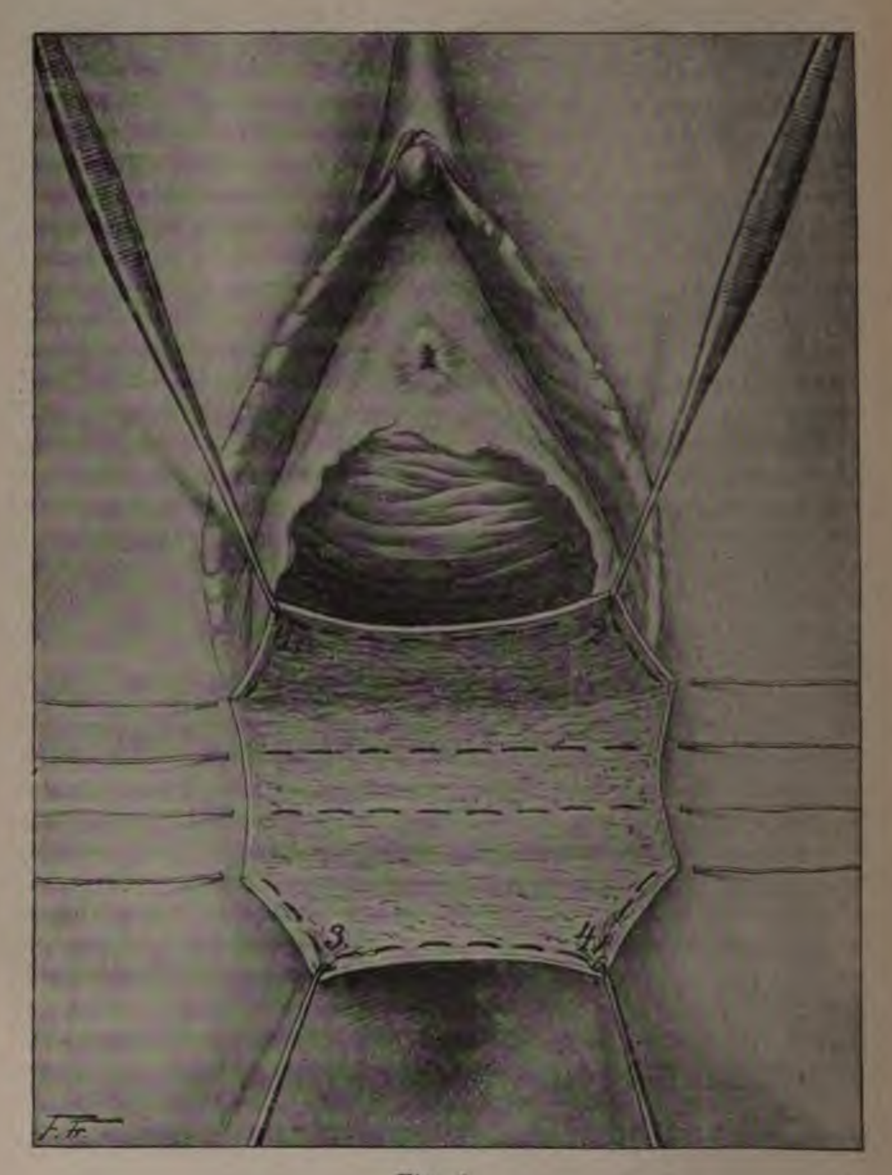


Fig. 2.

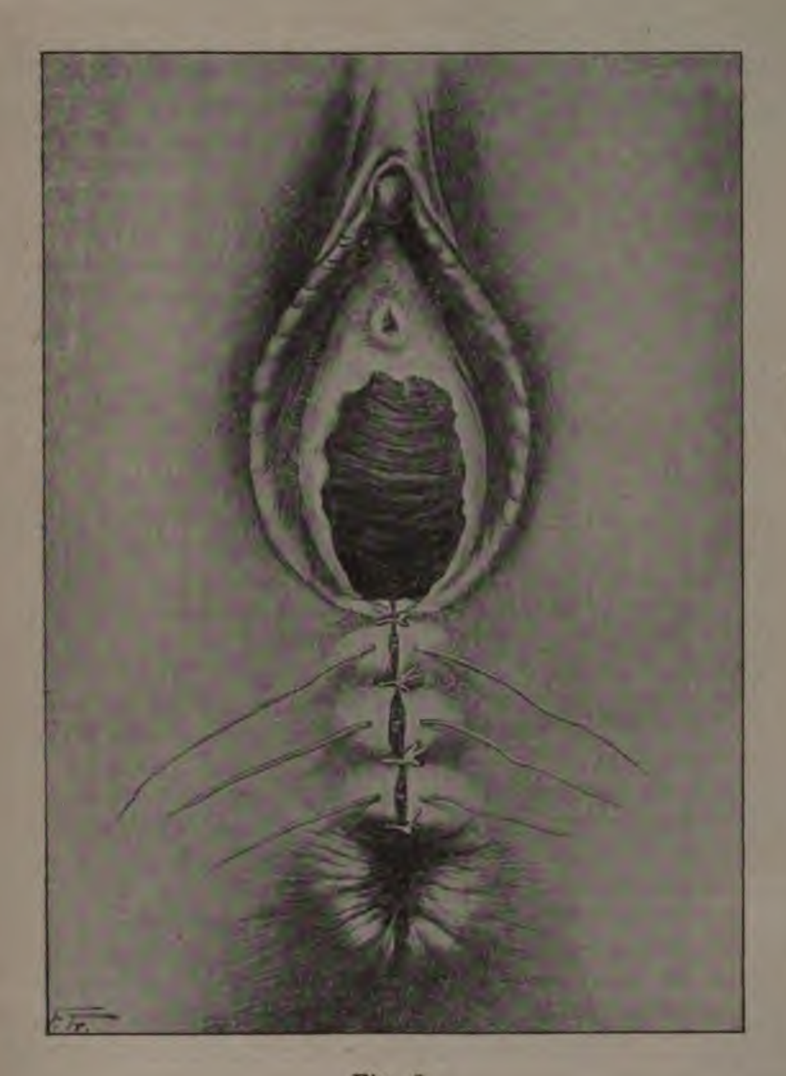


Fig. 3.

VALÓR DE LA MEDICIÓN EN LAS MEMBRANAS ÓVULARES EN EL DIAGNÓSTICÓ DE LA INSERCIÓN DE LA PLACENTA EN EL SEGMENTÓ INFERIÓR DEL ÚTERUS

por el Dr. VICENTE GOMEZ SALVO (Zaragoza).

La circunstancia de que desde el punto de abertura del huevo al borde placentario haya por uno de los lados menos de 10 centímetros, no puede aceptarse como dato suficiente para deducir que la placenta alcanzó con su inserción por debajo del anillo de Baudl; como esto es lo que se afirma y enseña, en concepto de adquisición nueva, en obras de obstetricia muy consultadas, se hace precisa la oportuna recti ficación.

Las objeciones apuntadas en contra de este criterio diagnóstico de que «la rotura del huevo no siempre se hace á nivel de los orificios ó del trayecto cervical», de que «la ampliación de la rotura no siempre se verifica paralelamente al borde placentario» y la «no expulsión total de las membranas» demuestran que en muchos casos una banda membranosa corta, menor de 10 centímetros, no revela que la inserción de la placenta alcanzaba al segmento inferior.

A estos reparos hay que agregar dos, hasta la fecha que sepamos, por nadie indicados, y que invalidan el criterio diagnóstico de referencia, no para muchos, sino para todos los casos. Nunca una banda membranosa menor de 10 centímetros revela, por sí sola, que el borde con tiguo de la placenta estuvo inserto por debajo del anillo de Baudl.

El primer reparo á que me refiero en el párrafo precedente es el de que «la distancia entre el orificio interno dol cuello y el anillo de Baudl no es de 10 centímetros. El que tiene 10 centímetros es el canal cérvicó-segmentario, y restando de 3 á 5 que corresponden al cuello, al fin del embarazo quedan de 5 á 7 centímetros para el segmento inferior, esto es, 6 centímetros por término medio. Seis centímetros dista, pues, el orificio cervical interno del anillo de Baudl. Diez centímetros dista de este el orificio cervical externo. El canal cervical se halla á una distancia intermedia y variable, según la altura á que se tome. ¿Cuándo se verifica la rotura del huevo? Antes de borrarse el cuello, y por lo tanto á nivel del orificio, pues suponiendo que así suceda y que la abertura se amplíe paralelamente al borde placentario y que una parte de las membranas no sea arrastrada por el roce de la pre-

sentación, y suponiendo que la placenta esté rasando al anillo de Baudl, sea casi previa, la banda membranosa mediría no diez, sino seis centímetros. Un razonamiento parecido nos llevaría á idénticas conclusiones cuando la rotura, con todas las condiciones del caso anterior, se efectuara á mitad de acortamiento, con este realizado, en dilatación de grado deficiente...

El segundo reparo que me ocurre al criterio diagnóstico que trato de rectificar, se funda en que las membranas de tejido elástico y retractil *nunca representan fuera las dimensiones que tuvieron dentro del útero.*

De manera que aun suponiendo que el huevo se rompe á nivel del orificio externo del cuello, borrado ya este, ajustado naturalmente el segmento inferior del huevo al segmento inferior del útero, esto es que la rotura se hace en un punto del huevo que dista del anillo de Baudl 10 centímetros; suponiendo todas las demás condiciones ya apuntadas, es decir, que la abertura se extienda paralelamente al borde de la placenta y que no haya retención ni pérdida de la más pequeña porción de membranas; si la placenta rasaba con su borde al anillo de Baudl, la banda corta no reproducirá fuera los 10 centímetros, sino bastante menos, y ann no esa prévia.

Este hecho, hasta ahora por nadie advertido, me fué sugerido por otro que hace años vengo observando; mas de la mitad de las anejas que examino, ofrecen una banda membranosa que por un lado no alcanza los 10 centímetros. Ni anticipación del parto, ni falta de encajamiento, ni presentaciones anormales, ni ruptura prematura de las membranas, ni mucho menos hemorragias, ni alteraciones en la estructura de la placenta... ni nada en suma de ese conjunto sintomático que acompaña á la placentá prévia existía; solo la exigüidad de la banda membranosa en uno de sus puntos, y al ver la frecuencia de este hecho nos preguntamos: ¿es qué la inserción viciosa es la regla?

Reflexionando sobre ello me dije: El huevo, sobre todo en su porción membranosa, es un globo elástico, extensible, que en el útero está sometido á la presión interior del líquido que actúa con uniforme intensidad sobre toda su cara interna y lo destiende. Una vez roto, el tejido elástico debe retraerse, y como fuera no podemos reproducir las condiciones dinámicas en que estuvo en el útero, las dimensiones que obtengamos midiéndolo, serán más pequeñas, no solo para el total, sino también para cualquiera porción de él que se estudie.

Así sucede con esas bombitas de colores que constituyen el deleite de nuestros pequeñuelos. Tómese una, mídase una circunferencia trazada con tinta sobre su superficie, rómpase respetando el trazado, ar-

bitréns: todos los medios de elongación... y antes de haber alcanzado la mitad de la longitud anterior, los restos de la que fué esfera se nos quedan hechos pedazos entre las manos. Esto mismo, aunque en menor escala, ya que la distension no es en él tan violenta, tiene que suceder con el huevo humano; y pensando de este modo busqué la comprobación.

Si el huevo, extendido al máximun fuera, reproduce las dimensiones que alcanzó dentro, la media de su sección máxima debe corresponder á la media de la sección máxima del útero en que se alojó.

Ahora bien: un útero de término tiene 30 cent. de diámetro vertical y 24 de diámetro transversal á los que llamaremos para mayor claridad D. y D'. Una línea que partiendo del extremo inferior del eje vertical D., pase por un extremo del D'. por el superior del D., por el otro extremo del D'. y vuelva al punto de partida, representará la longitud L. de la máxima sección uterina, de útero bien conformado. Esta longitud está representada por la fórmula

$$L = \pi \times \frac{D + D'}{2} = 3'1415 \times \frac{30 + 24}{2} = 85 \text{ cents.}$$

Sí, el huevo, repito, representa fuera la extensión que tuvo dentro del útero, deberemos encontrar una longitud de 85 centímetros midiéndolo en la dirección de su mayor amplitud.

No sucede así, como había previsto. He medido cuidadosamente 250 anejos de mi clínica de la Maternidad y de la práctica civil, de primíparas y de multíparas, en partos de término, con fetos de término y bien desarrollados, sin indicios de hidramnios ni de hipoamnios, todos espontáneamente, con apariencias de integridad corroborada por el examen negativo de los loquios. Las mediciones se han hecho como Pinard recomienda, y aun un poco más en favor, es decir traccionando con fuerza.

El resultado ha sido el siguiente:

	Céntimet
Dimensión máxima que como término medio he obtenido....	58
Placentas que tenían más de 10 centímetros de banda membranosa por todo su contorno........................	119
Idem id. menos de 10 centímetros por el lado más próximo..	131

Hé aquí los hechos que cualquiera puede comprobar con solo medir anejos como Pinard recomienda. La sección ovular ha perdido próximamente un tercio de su longitud; y si el total no es más que los 2/3 de la dimensión intrauterina cualquiera porción de membra-

nas, medida fuera, representará los 2/3 de la extensión de útero á que se adaptó dentro.

Ahora se comprende por qué aceptando el anterior diagnóstico que intento rebatir, Maggior ha llegado en la Clínica Baudelocque, como yo en la mía, á encontrarse con que más de la mitad de las placentas resultaban invadiendo el segmento inferior. Si esto fuera verdad, nos encontraríamos en la alternativa de confesar ó que la inserción viciosa es poco menos qne inofensiva, lo que está bien lejos de lo cierto, ó que *Dame Nature* había andado en el asunto demasiado distraída.

Por las razones expuestas me creo autorizado á formular las siguientes conclusiones:

1.ª La noción aceptada y enseñada hoy de que «toda placenta, que, después de expulsada, lleva una banda membranosa corta menor de 10 cents., estuvo inserta en el segmento inferior del útero, es errónea».

2.ª La rotura del huevo no se verifica constantemente al nivel del orificio interno del cuello uterino, y mal puede en tal caso la banda membranosa correspondiente, medir la distancia que media entre el orificio citado y el punto más bajo de la inserción placentaria.

3.ª Roto el huevo, las membranas se desgarran, no en una dirección paralela al borde de la placenta, sino en varias direcciones, y la abertura se aproxima al borde placentario, dando informes falsos acerca de la distancia que mediaba entre el citado borde y el punto de partida de la rotura.

4.ª Suponiendo alejadas las dos precedentes causas de error queda una nueva; la frecuencia con que las membranas son parcialmente retenidas ó dislaceradas.

5.ª Las objeciones anteriores demuestran que *en muchos casos* el diagnóstico fundado en sola la medición de las membranas es erróneo; en cambio los dos reparos que se indican en las conclusiones 6.ª y 7.ª, invalidan el criterio diagnóstico á que la conclusión 1.ª se refiere *para todos los casos*.

6.ª La distancia que media entre el orificio interno cervical y el anillo de Baudl, límite superior de la zona peligrosa, no es de 10 sino de 6 centímetros.

7.ª El huevo, formado de membranas de tegido elástico y retractil, nunca reproduce fuera, después de roto las dimensiones que tuvo en el útero; sufre una reducción de 1/3 y por lo tanto la banda membranosa corta, aun al abrige de las objeciones 3.ª, 4.ª y 5.ª no representará la distancia entre el orificio interno del cuello y el punto más bajo de la inserción placentaria, sino las dos terceras partes próximamente de esta distancia.

IL MICROENDOSCOPIO IN GINECOLOGIA

par Mr. LEONE LEVI (Genova).

Il metodo dell' endoscopia é giá entrato nella pratica ginecologica in ispecial modo per l'esame cistoscopico onde vedere gli sbocchi degli ureteri per poterne fare il cateterismo, atto a far conoseere con esatezza da qual parte esistano eventuali lesioni renali. L'apparecchio generalmente in uso é quello di Nitze. Relativamente scarsi pero sono coloro che possono adoperarlo, e ció in causa delle diffioltá pratiche che s'incontrano, del bisogno di aver fatto un lungo tirocinio per acquistare la sicurezza necessaria d'indagine. Il che voi mi concederete é poco pratico. Il cistoscopio di Nitze, per quanto sotto il punto di vista ottico, possa dirsi un istrumento quasi perfetto, pure in pratica presenta tanti inconvenienti che si spiega la riluttanza dei piú ad adoperarlo, e la relativamente poca diffusione incontrata. Poichè se di molto vantaggio é per la parte ottica il portare direttamente la luce in vescica, d'altra parte il riscaldamento che si ha dell'estremo del cistoscopio, porta il pericolo di indurre facilmente delle scottoture sulla parete vescicale.

Vero é che, allo scopo di ovviare a tale inconveniente, é prescritta, antecedentemente all'esame, l'introduzione in vescica, di una soluzione alcalina; ma frequentemente accade che la vescica contraendosi, lo ricacci fuori rendendo impossibile l'esame; senza contare poi che talvolta la visione non é possibile in causa dell'intorbidamento del liquido per parte del sangue od altro materiale organico che puó essere o versarsi in vescica; oltre a ció col cistoscopio del Nitze, il cui esame vien fatto a vescica piena, noi abbiamo piuttosto una diafanoscopia che non una endoscopia propiamente detta, poiché vediamo le pareti della vescica attraverso lo strato liquido e non possiamo distinguere esattamente le fine condizioni anatomo-patologiche.

Si é per ovviare a tutti questi inconvenienti che ho creduto utile l'estenderc anche all'esame della vescica le applicazioni di un istrumento che ho studiato e costruito per illuminare le cavitá del corpo e poterle vedere con un certo ingrandemento al fine di distinguerne esattamente le minime alterazioni.

A tal uopo ho costruito un'adatta cannula onde procedere all'esame in condizioni molto piú semplici e piú facili. Col mio apparecchio si ovvia al riscaldamento ed ai pericoli di scottature e l'esame puó v-

nir fatto anche a vescica vuota, cioé nelle condizioni le più naturali.

Infatti la sorgente luminosa é posta fuori dell'organo ed in vescica non s'introduce che una semplice cannula. Oltre a ció noi possiamo ottenere con l'apparecchio ottico che vi é annesso un notevole ingrandimento dell'immagine e possiamo quindi distinguerne con precisione le alterazioni morbose.

Ci é inoltre possibile di fare benissimo il cateterismo degli ureteri. In sostanza, col mio apparecchio la cistoscopia si riduce ad una pratica semplicissima senza alcun pericolo, ed alla portata di tutti. Con questo istrumento è pure possibile l'endoscopia della cavitá uterina. Questo ho potuto constatare insieme al chiarissimo Prof, Bossi nella Clínica Ostetrica Ginecologica di Genova, come pure nella sua casa di salute. Anzi il Prof. Bossi presentò già l'istrumento all'ultimo Congresso ostetrico e ginecologico di Roma.

Ció premesso, procederò ad una breve descrizione dell'apparecchio, facendovene in seguito conoscere il modo di usarlo.

Esso consiste di diverse parti:

1.° Una parte centrale, che comprende l'apparecchio elettrico illuminante, consistente in due lampadine a incandescenza situate in una camera centrale e che vengono illuminate per mezzo di una corrente elettrica il cui circuito si chiude premendo un bottone.

Per mezzo di una disposizione speciale dell'apparecchio, l'operatore potrebbe, volendolo, tenere illuminate le lampadine per tutto il tempo che gli occorre senza aver bisogno di continuare a comprimere il bottone.

E preferibile però che le lampadine restino accese soltanto quando si procede all'osservazione; in tal modo la loro durata è maggiore e si evita l'appannarsi delle lenti.

2.° Una parte ottica, cioè un sistema di lenti fra di loro riunite a forma di cannocchiale e spostabili in modo da adattarsi a qualunque vista, ed a vedere distintamente alle diverse distanze.

3.° Un ultima parte periferica destinata a portare i differenti tubi variamente foggiati a seconda delle parti che si desidera esaminare.

Il tutto è sostenuto da un manico che porta i fili conduttori dell'elettricità.

Un piccolo accumulatore espressamente fabbricato e fornito di un adatto reostato regolatore, serve a dare alle lampadine, l'energia elettrica necessaria a renderle incandescenti al grado che si desidera per ottenere la luce occorrente ai diversi casi. Questo accumulatore ha un

peso minimo ed è trasportabile agevolmente come una borsetta da viaggio.

Il mio apparecchio presenta, a mio modo di vedere, tutte le condizioni che ritenevo necessarie in un endoscopio:

1.° La sorgente luminosa è posta al di fuori della parte dello strumento che entra in cavità.

2.° La luce è incamerata e non infastidisce l'occhio dell'osservatore.

3.° I raggi luminosi vengono subito proiettati in modo stabile all'estremità del tubo.

4.° Il tubo introdotto negli organi in esame, non si può riscaldare e quindi non disturba menomamente il malato. Evitasi in tal modo la necessità di dover raffreddare l'apparecchio per mezzo d'una corrente continua di acqua fredda.

5.° Si ha un ingrandimento ed avvicinamento dell'inmagine illuminata in modo da dare una visione netta e distinta delle più minute alterazioni morbose delle parti sottoposte all'esame.

6.° L'uso del microendoscopío è facilissimo e chiunque può impararlo in pochi minuti.

7.° E possibile una cura esatta e precisa, potendosi medicare le parti malate, mentre si osservano, e potendosi anche controllare gli effetti delle cure eseguite. Si può constatare cosi esattamente quale sia lo stato dell'organo malato, come pure la sua guarigione anatomica.

CONTRIBUTO ALLA CASISTICA DELLE ERNIE INGUINALI DELL' OVAIO

Par M. ALESSANDRO PERI (Sestri Ponente).

Lo studio dell ernia del ovaio presenta uno spcisale interesse non tanto perchè questa affezione sia molto rara, quanto per la difficolta grande che presenta la sua diagnosi.

Da uno spoglio paziente fatto dalla letteratura in propósito, risulta che la maggior parte dei casi referiti vennero diagnosticati o durante l'atto operativo o alla necrocospia. Puech, ad esempio, che ha riportato 110 osservazioni, afferma che soltanto in 22 venne stabilita un' esatta diagnosi. Durante il tempo in cui ho diretto il comparto chirurgico dell' ospedale Civico di Filottrano, ho avuto occasione di operare due casi di ernia inguinale dell ovaio, che mi hanno indotto a studiare più

completamente che mi è stato possibile, questa forma morbosa. Tanto nel l'uno che nell altro caso il contenuto dell' ernia era dato dal solo ovaio contrariamente a ciò che d'ordinario avviene. Infatti Hossmann (89) in tutta la letteratura non è riuscito a raccogliere fino al 1899 che sei casi di ernia il cui contenuto era unicamente costituito dall' ovaio.

La presenza inaspettata dell' ovaio in un sacco erniario non accresce gravità all' atto operativo, ma rappresenta un errore di diagnosi che può avere un certo peso quando si trovi la necessità dell' estirpazione.

Ecco senz' altro qualche cenno anamnestico sulle mil due operate:

Osserv. I.ª—Ernia inguinale acquisita libera dell' ovaio sinistro in fanciulla di 4 anni.—Processo radicale Bassini.—Guarigione per prima intenzione.

Z. Sole, di anni 4 è proveniente da genitori di costituzione debole. Il padre è di statura piccola e gracilissimo. La madre è affetta da tubercolosi polmonare. La bambina ha un fratello più piccolo, in buone condizioni di salute. La nascita della Z è advenuta normalmente, l' al lattamento in parte materno e in parte artificiale, ha proceduto sempre in modo regolare. La bambina non ha mai sofferto di alcun disturbo all' infuori di un leggero catarro gastro-enterico verso il sesto mese, che guarí in pochi giorni.

La parte degli organi respiratorii non ha mai avuto nulla degno di nota. La dentizione si iniziò al settimo mese e si è svolta senza inconvenienti, ha incominciato a camminare a 13 mese. In complesso, eccetto il morbillo, non ha sofferto nessuna malattia. Sei mesi or sono la madre, nel lavare la bambina, si accorse di qualche cosa di anormale nella regione inguinale sinistra. Interpellato un medico, questi dichiarò trattarsi di ernia inguinale sinistra e consigliò l' uso di un cinto che potè essere continuato solo per poco tempo ed interrottamente per la molestia che arrecava alla piccina e per la facilità colla quale il cinto si spostava. Data la difficoltà di tenere contenuta questa ernia, la famiglia decide di fare ammettere la bambina nell' ospedale di Filo trano per farla operare.

Esame obbiettivo. — Fanciulla di costituzione scheletrica regolare con normalé sviluppo muscolare e con scarso pannicolo adiposo. Il colorito della pelle è piuttosto pallido, roseo e invece il colore delle guancie e delle mucose visibili.

L' esame degli organi toracici non rivela nulla di anormale e cosi l' esame della cavità naso-faringea.

Rivolgendo l' attenzione all' addome si riscontra che questo appa-

risce completamcnte normale, all' infuori che nella regione inguinale sinistra, ove si constata una lieve tumefazione che aumenta di volume quando si invita la bambina a dare qualche colpo di tosse Colla palpazione si rileva un abnorme dilatazione dell' anello inguinale esterno e tale da permettere d' infossare con facilità la punta dell' indice. Inoltre facendo tossire la bambina. come facendola ricadere replicatamente sui piedi tenendo il corpo rigido, si nota che la tumefazione permane, ma con leggere manovre di taxis il contenuto erniario che presenta una superficie liscia, si ridduce eompletamente senza che si riesca a percepire gorgoglio.

Qualunque manovra a scopo diagnostico, provoca dolore la cui intensità è bene determinata dalla bambina che dotata di intelligenza fine e di carattere docile, si presta bene a qualunque ricerca diagnostica.

Anche quando artificialmente si riesce ad ottenere il massimo di distenzione del sacco erniario, la percussione esercitatavi da un suono completamente ottuso.

Viene omessa la esplorazione rettale e qualunque altra indagine a scopo diagnostico. La diagnosi fatta fu di: Ernia inguinale sinistra libera dell' epiploon.

L' operazione eseguita il 14 agosto 1894 metteva in chiaro che la diagnosi era stata errata.

Infatti aperto il sacco, nulla fu rinvenuto entro, all'infuori dell' ovaio sinistro del volume di una mandorla, di aspetto e consistenza normali.

Riduco facilmente l'ovaio, quindi ascido il sacoo e completo l'operazione radicale col processo Bassini.

Durante l' atto operativo constato che l' apparato genitale non presenta alcuna anomalia.

Il decorso postoperatorio è stato completamente normale.

Non si è avuto ipotermia, ne disturbi pel cloroformio.

Al nono giorno furono tolti i punti alla ferita, guarita per prima intenzione, La bambina in seguito è stata sempre bene.

Ossrd. II.ª Ernia inguinale irriducibile dell'ovaio sinistro in donna di 22 anni.—Sbrigliamento delle aderenze dell'ovaio col sacco, riduzione, chiusura à strati, secondo il processo Bassini, delle pareti addominali. Guarigione per prima intenzione.

T. Marianna, di anni 22, figlia di genitori sani e tuttora viventi; ha avuto quattro fratelli morti in tenera età, ne ha due viventi, un maschio ed una femmina, in minore età della sua. Nella prima infanzia ha goduto sempre buona salute. A sette anni ebbe la scarlattina sotto

forma più tosto grave, complicata da nefrite. All'infuori di questa malattia che la mise in pericolo di vita, è stata sempre benissimo. A 15 anni senza alcun disturbo, le cominciarono le mestruazioni che si sono continuate sempre in modo regolare per quantità e periodi di ritorno. A 20 anni si maritó; un anno dopo avverti un tumore nella regione inguinale sinistra per il quale ricorse al medico che le prescrisse un cinto, coll'uso di questo, il tumore scomparve in maniera che non dovette farne uso più di due mesi. Poco dopo aver notato la sparizione del tumore, la *T*, risnase incinta. La gravidanza, il parto, il puerperio ebbero un decorso regolare. Dopo un mese dal parto, sollevando una canestra di frutta, più tosto pesante, avverti una sensazione dolorosa alla regione inguinale sinistra e contemporaneamente notò la comparsa di un intumescenza più voluminosa di quella dell' anno antecedente.

L'intumescenza questa volta non era affatto riducibile, era dolorosa e non permetteva come in passato la pressione del cinto. Dopo cinque giorni vedendo che il tumore invece di diminuire, accennava ad aumentare, chiamó il medico il quale subito la consiglio di recarsi all' ospodale per l'operazione.

La malata si presenta in condizioni discrete tanto per lo stato generale che per la forma che l'ha obbligata a ricorrere all'ospedale.

Esame obbiettivo. —Di costituzione scheletrica regolare, masse muscolari ben sviluppate e pannicolo adiposo abbondante. Il colorito della pelle è bruno; si nota una permanenza della maschera gravidica ed una forte pigmentazione delle areole mammarie. Esistono inoltre smagliature numerose di data recente nell'addome disteso fortemente da gas intestinale. Le mucose visibili sono rosee, la lingua pure rosea ed umida. La temperatura ascellare è di 37° 2. Non vomito, non singhiozzo, la donna afferma di avere defecato abbondantemente dietro la somministrazione di un purgaute e non si lamenta che di intensi dolori alla regione inguinale sinistra ove è attirata subitō la mia attenzione. In questa regione si nota una intumescenza di forma ovoidale, delle dimensioni di 9×5, diretta dall'alto in basso e dal di fuori all'indentro e che si arresta sul grande labbro di sinistra.

La palpazione auche moderata sulla intumescenza, risveglia intensi dolori. Con lievi manovre di taxis non si riesce a diminuire il volume del tumore ne a percepire la sensazione caratteristica del gorgoglio. La percussione da un suono completamente ottuso. Gli organi genitali externi non presentano nessuna anomalia. Si nota che la vagina è ampia e liscia.

L'utero aumentato di volume è in posizione normale, non si nota

nessun spostamento laterale dell'indice. Si percepiscono bene gli annessi del lato destro in condizioni e in posizioni normale. Dal lato del tumore non si arriva a sentire che un cordone teso che dal fondo dell'utero stacca portandosi verso il tumore inguinale. Ponendo due dita nel fornice anteriore e respingendo l'utero indietro, come spostando l'organo verso il lato destro, non si notano modificazioni di volume e movimenti nel tumore, ma si risvegliano dolori vivissimi che non si hanno quando con due dita sul fornice laterale destro, si spinge l'utero verso il tumore inguinale.

Colla sonda introdotta nella cavità uterina è dato confermare i fatti accennati. L'esame rettale permette di riscontrare l'aumento di volume, la posizione fisiologica e la mobilitá dell'utero e di percepire la tuba e l'ovaio di destra mentre non è possibile sentire l'ovaio del lato sinistro.

La diagnosi che si imponeva era dunque di ernia inguinale dell ovaio sinistro.

L'operazione da me eseguita il 26 Novembre confermó la diagnosi.

L'ovaio all'apertura del sacco si presentava aumentato di volume, congestionato con suffussioni emoragiche e qualche piccola ciste.

Inoltre era attaccato alle pareti del sacco da aderenze piuttosto tenaci. Le cisti vengono incise e le aderenze vengono lacerate; reso completamente libero l'ovaio, viene affondato. Il sacco poi viene esciso e l'operazione continuata col metodo Bassini.

L'atto operativo si è compiuto senza incidenti di sorta.

Il decorso post-operatorio fu regolarissimo. La cicatrizzazione avvenne per prima intenzione ed il decimo giorno la T. potè lasciare l'ospedale. Attualmente è in ottime condizioni di salute.

L'ernia dell'ovaio è una affezione, se non rarissima, abbastanza rara. Puech (160) sopra una stadistica di 271.000 nascite nelle quali furono constatate 1133 anomalie, trovò una sola ectopia ovarica inguinale. Per altro era conosciuta fino dai più remoti tempi.

Sembra che a Sorano d'Efeso 184) si debba la prima osservazione; la seconda sarebbe dovuta a Léger De Goucy (99) che nel 1716 operò un caso di gravidanza tubarica in donna affetta da ernia inguinale dell'ovario destro. Haller (71) cita un terzo caso nel 1755 ed un altro nel 1757. Percival Pott (158) in cui esegui felicemente l'estirpazione di entrambe l'ovaia.

Camper (24) nel 1759 in uno stesso soggetto ritrovo un ovaio in un' ernia ischiatica e l'altro in un'ernia ombellicale.

Balin (2) nel 1768 cita un caso verificato alla Salpetriēre di ernia inguinale dell'ovaio che presentava un germe fecondato. Dopo di lui

Desault (52) e Lallement (91) e Jassus (95) ebbero a publicare nel secolo XVIII fatti consimili di ernie dell'ovàio insieme alla tromba ed ll'utero.

Nell 1813 apparisce una completa monografia di Deneux (50) comprendente 21 casi di ernia dell'ovaia di cui 9 inguinali.

Rizzoli (166) nel 1869 pubblica un caso di ernia intestinale sbrozzata con presenza dell'ovaio, seguito da morte, e un'altro in una fanciulla di 4 anni afetta da ernia inguinale bilaterale irriducibile dell'ovaio, guarita colla dilatazione digitale dei canali ingninali, riposizione degli ovaii ed applicazione di un cinto. Loumaigne (110) nello stesso anno, riporta una quindicina di osservazioui nuove estendendosi lungamiente, sulla sintomatologia e sul diagnostico.

Hamilton e Ferry (74) nel 1870 riportano altri 12 casi e nell'anno seguente Tuglish (58) racooglie 38 casi di ernie ovariche di cui 25 inguinali.

Nel 1873 vede la luce il primo lavoro di Puech (159) che si collega colle due monografie pubblicate dallo stesso autore negli «Annales de Gynécologie 1873-79» che costituiscono ciò che di più completo è stato scritto riguardo alla casistica, all'anatomia patologica, alla diagnosi ed alla terapia, dell'ernia dell'ovaio.

Dal primo lavoro di Puech (159) si nota un risveglio negli studiosi a publicare nuove osservazioni.

Per ordine cronologico enumererò i lavori più importanti comparsi: nel 1374 a Parigi viene pubbicata la tesi di Vibaille (202) e nel 1877 pure a Parigi il trattato di Boinet (14).

Lo studio di Barnes (6) 1882 sulla fisiologia dell'ovaio erniato, arreca nuovi lumi sulle modificazioni della funzione di questo organo.

Nel 1882 Langton (94) porta un contributo di ben 65 casi personali i ernia dell'ovaio nelle bambine.

Nel 1885 Ceccherelli (28) alla Società Medico-Chirurg. di Bologna, presenta una nota clinica riguardante un caso di ernia crurale, seguita da fini osservazioni critiche. Nel 1889 Lejars (102) tratta dei neoplasmi che si sviluppano nell'ovaio erniato. Nell'anno successivo comparisce sullo «Sperimentale» la importante Memoria di Pacinotti (149). Ncl 1891 la tesi di Boudaille (16) porta un nuovo contributo allo studio di questa affezione. Manega (116) poi (1895) riferisce cinque casi da lui operati e Mencière (126) (1897) a proposito di altrí cinque casi osservati, tratta specialmente dell'ernia ovarica nei piccoli soggetti.

La Memoria di Biermer (12) (1898) riflette due osservazioni personali ed un largo contributo bibliografico sull'argomento. Nel medesimo anno viene pubblicata la tesi inaugurale di Moser (131) di Berlino.

Uno studio completo sotto tutti i rapporti con una osservazione originale davuta a Le-Baile (97) è la tesi di Oge (142) publicata nel 1900.

Ai lavori sopracitati ed a quelli che ricorderò in appresso, conviene aggiungerne altri nei quali alla nota clinica riguardante il caso speciale, esistono osservazioni particolari su questo argomento: Mulert 133—Balley 4—Oldhan 143—Chesney 32—Boudon 17—Ovven 147—Leigh 101—Marchand 117—Von Mosetig 132—Moortrof-Lorinser 109—Chambers 29—Halley 72—Baum 7—Nuñez-Rossie 139=Dellhaes 47—Thomas 190—Mc Burney 123—Otte 146—Thomas 191—Pollard 156—Dor 55—Miller 128—Lockwood 107—Trélat 193—Jelizet 62—Glass 66—De Nazaris 49—De Vaucher 53—Lemböffer 103—Jordan 83=Charon 30—Browne Bernard 19—Berger 10—Becket 8—Diederich 54—De Capraris 45.

Credo utile accenare ancora i trattati speciali di ginecologia o di chirurgia nei quali l' ernia dell' ovaio è più ampiamente analizzata. Verdier (197), Merat (127), Hallen (71), Malgaigne (115), Vidal (198), Koeberle (88), Churchill (35), Desault (52), Herwitt (76), Fritsch (64), Schmidt (176), Tait (187), Martin (118), Veit (196), Busch (22), Ferry (63), Hamilton (73), Launay et Wiart (96), Portal (157), Seeligmann (180).—L' ovaio può farsi strada attraverso ognuno dei canali od' anelli virtuali dell' addome. Più l' ernia dell' ovaio si fa traverso il canale inguinale contrariamente a ciò che per disposizioni anatomiche speciali avviene nella donna ove l' ernia crurale è più frequente.

L' ernia inguinale dell' ovaio è cinque volte più comune della varietà crurale è almeno quattro volte più comune di tutte le varietà riunite:

Osservasioni di ernia crurale sono state riferite da Deneux (50), Lassus (95), Tartra e Verdier (189), Boinet (14), Olshausen (145), Oettinger (141), Uulzingher (204), Lousmaigne (110), Parker (152), Sonnenburg (183), Courty (40), Mac Bluer (124), Ceccherelli (28), Madden (113), Pacinotti (149), Cuneo (43), Pillon (155) ecc.

Da Camper (24), Garré (65), Schillbach (175), Waldeyer (199), Routier (101), sono stati riportati esempi di ernia ischiatica. Secondo Hossmann (89), l'ernia di Papeu (151), da molti ritenuta come ischiatica, deve essere considerata come ernia perineale.

Kiwisch (85), e von Rogner Gusenthal (167), hanno descritto due casi di ernia otturatoria.—Camper (24) infine ha notato l'ernia ombellicale dell'ovaia.

Sono state descritte altre forme in cui si trovava l'ovaio spostato dalla sua normale posizione attraverso ferite dell'addome, nella colpoptosi poster, nel prolasso del retto ecc, questi casi rappresenta-

no delle ectopie, ma non debbono essere considerate come ernie dell' ovaio. L'ernia dell'ovaio può essere congenita ed acquisita; la prima è di gran lunga più frequente.

In 86 casi di ernia inguinale dell'ovaio, Puech, (160) ne ha constatata 16 accidendali; 16 dubbie e 54 sicuramente congenite.

La constatazione dell'ernia ovarica nelle piccole fanciulle, nelle quali la funzione dell'apparato genitale è silente, nelle quali i tumori degli organi generativi sono addirittura eccezionali, e dove infine mancano le cause meccaniche violenti capaci di spostare l'ovaia, fa suppor re che anche molte di quelle ernie giudicate come acquisite, siano invece dovute ad una speciale disposizione congenita. Quando è congenita l'ernia dell'ovaia spesso è bilaterale ed associata a malformazione dell'apparato genitale. Aue (1) e Smith (177), constatarono nell'ernia inguinale dell'ovaio, l'ipoplasia dei genitali; Jaquet (81), Cordero (38), Jones (82), Demonchaux (48), Coste (37), Lassus (92), Barnes (6), Cazeaux (27), Guersant (67), Werth (201), Parker (152), hanno riportato casi di ernia inguinale doppia con assenza dell'utero ed in alcuni casi della vagina.

Olshausen (145), Leopold (105), notarono la presenza dell'utero bicorne nell'ernia ovarica, cosi Maxka (120), notò la bipartizione dell'utero allo stato embrionale—Werth (201) di più notò l'ectopia congenita dei reni.

Si hanno poi esempi di ernia ovarica associata a ermafroditismo Klotz (87) ed a pseudo-ermafroditismo Coste (39), Debout (44), Fehling (61), Brokl (18).

Quando l'ernia congenita dell'ovaio è unilaterale è più frequentemente a sinistra: ragione di ciò riposa sul fatto che l'ovaio sinistro è più piccolo di volume e che la precocità della sua discesa corrisponde al momento di massima capacità del canale di Nück.

L'ernia acquisita unilaterale dell'ovaio, conformemente a quello che si osserva per le ernie comuni, si ha più frequentemente a destra.

L'ernia dell'ovaio è stata riscontrata in tutte le età, ma sopra tutto nella infantile. Questo fatto da ragione anche della difficoltà che queste ernie presentano alla diagnosi.

Nella pubertà alcune ernie diagnosticate come intestinale od epiploiche, hanno dimostrato di contenere l'ovaio. La diagnosi in questi casi posava sul sintomo essenziale costituito dalla dolarabilità speciale unita all'aumento del volume del tumore erniario durante le mestruazioni.

Nell età media si è notata la comparsa di un'ernia ovarica nello stato di gravidanza o nel puerperio, come in casi di tumori degli or-

gani genitali o delle vicinanze che determinino uno spostamento verso l'alto dell'ovaie.

Dopo la menopausa è stato non di rado osservata l'ernia dell'ovaio facilitata dall'atrofia cui va incontro l'organo, associata alla minore resistenza che presentano tutti i tessuti nell'età senile: Spencer-Wells (185), Courty (40), Rheinstaedter (165), Nutt (140), Mayllard (122).

Il meccanismo pel quale l'ovaio si fa congenitamente ernioso non è ben chiarito. Si sono affacciate delle ipotesi, ma nella questione non è detta ancora l'ultima parola. Le condizioni necessarie perchè si determini l'ernia degli organi genitali, sono: Una via relativamente facile ad essere percorsa, ed all'altra parte una situazione particolare favorevole, inerente al modo di sviluppo, od una mobilità esagerata che permetta l'espulsione dalla loro sede normale.

Si è data molta importanza alla persistenza del canale di Nück.

Puech (160), Sachs (172), Cloquet (36), Cruveilhier (42), hanno osservato spesso la pervità di questo canale in autopsie di fanciulli in tenera età.

Duplay e Beurnier (56), sostengono che la frequenza delle ernie nelle bambine è sufficientemente spiegata dalla facilità colla quale si può produrre un canale artificiale. Deneux (50) aveva già falta l'esperienza e determinata la formazione di un cul di sacco peritoneale, mediante trazioni sul legamento rotondo.

Riguardo poi alle condizioni speciali di sviluppo di forma e di mobilità degli organi genitali, si ritiene che un abnorme accorciamento del legamento rotondo, possa essere causa di ernía ovarica in quantochè per la sua brevità, l'ovaio può essere trascinato nel canale inguinale, analogamente a ciò che avienne nel maschio per i testistocoli. Cousins (41) Billard (13).

Senonche Klaatsch (86) osserva che tenendo conto dello sviluppo e della inserzione del legamento rotondo, l'accorciamento dovrebbe detterminare una trazione del corpo uterino e della porzione di tromba corrispondente e non dell'ovaio.

Questo nulladimeno raviccinato al canale inguinale potrebbe con facilità impegnarsive. Cosi potrebbero spiegarsi i numerosi casi in cui la tromba accompagna l'ovaio nel sacco, ammettendo ancora che in ordine di tempo l'abbia preceduto. Ora, anche la lunghezza esagerata dei legamenti fissatori degli organi genitali, possono avere una importanza grande sulla produzione dell'ernia dell'ovaia, come osservano: Krüg (90), in una fanciulla di 18 anni con ernia congenita dell'utero della tromba e dell'ovaio di sinistra e Defontaine (46) in un ernia inguinale sinistra in una bambina di 10 mesi in cui riscontrò la presenza dell'utero è dei due ovai.

Perchè l'ovaio possa far parte del contenuto di un'ernia, in generale è necessario che si trovi in una situazione elevata come appunto avviene nella tenerissima età in cui, come a dimostrato Cannieu (25) le ovaie non sono ancora discese nella cavità pelvica. Secondo questo autore, nel feto a termine, le ovaie sarebbero a livello di una lineà passante per le creste iliache, quindi avvérebbe un processo di migrazione discendente.

Riguardo alle ernie acquisite dell'ovaio, si è ritenuto che per queste concorrano tutte le cause comuni alle ernie ingenere, come l'obesità, il rapido dimagramento, l'idrope-ascite, ed ancora il piccolo sviluppo della cavità pelvica, come la forma e la situazione delle ovaie e certi particolari stati fisiologici della donna (gravidanza, puerperio) come alcuni patologici dati specialmente da tumori degli organi genitali o del bacino.

A queste cause comuni è neccessario si ag giunga un traumatismo, uno sforzo che aumenti improvvisamente la pressione addominale e che sposti l'ovaio, nelle numerose osservazioni raccolte, è accennato frequentemente a questo momento traumatico, come nel vomito (Hossmann) (89), una caduta (Weisilechner) (200), la tosse (Bethke) (11), la defecazione (Duplay e Wiart) (57), il salto (Jaquet) (81), lo stornuto (Pacinotti) (149), il sollevamento di pesi (Le Baille) (97), Scanzoni (173), (Courty) (40).

Altre volte invece un ernia dell'ovaio completamente riducîbile, o ritenuta guarita, mediante uno sforzo può ricomparire e ben spesso in modo da non potersi più ridurre comme appunto nel secondo caso da me osservato, ed in quelli di Balleray (3), Bruny (21), Englisch (58-59), Holst e Tiling (77), López (108) ecc.

La ernie adquisite dell'ovaio sono considerate dall'autore quali ernie per scivolamento, come avviene per l'ernia della vescica, del cieco e dell'S iliaco.

L'ereditarietà sulle ernie ovariche in generale ha un importanza non trascurabile in quanto chè, molti soggetti con ernia dell'ovaio, avevano il padre e la madre affetti da ernia intestinale od epiploica. Mencière (126), Massega (116), ecc.

L'ovaio può trovarsi primitivamente in un sacco erniale o penetrarvi in un secondo tempo. Cosi può da solo costituire il contenuto di un ernia, ma più frequentemente accompagnato da altri organi.

La maggior parte degli autori constatò la presenza della tuba nelle ernie dell'ovaio anzi come osserva Puech (160), nella varietà inguinale è fatto quasi costante, mentre è rarissimo nella varietà crurale.

Hossmann (89) nel trattato di Martin (119, 1899), afferma che nella

letteratura si conoscono soli sei casi di ernia inguinale contenente il solo ovaio (Pott (158), Lassus 2 casi (95), Neboux (136), Stouffs (186), Cousins (41).

L'ovaio può essere accompagnato dall'utero, come nell'ernia inguinale hanno osservato: Lallement (91), in due casi, Chopart e Desault (34), Maschka (120), Bylick (23), Jackson (80), Olshausen (145), Scanzoni (173), Werth (201), Rektorzik (164), Leguen (100), Defontaine (46), Krüg (90), Pfannestiel (154).

Murat (135), Cloquet (36) e Cruveilhier (42), hanno rinvenuto l'utero accompagnare l'ovaio nell'ernia crurale. Malgrado l'opinione di Lentz (104), Cruveilhier (42), e Scanzoni (173), ritengono che l'ernia dell'utero sia sovvente consecutiva a un ernia dell'ovaio.

Insieme all'ovaio fu ritrovato l'epiploon da Spencer-Well (185) Manega (116), un ansa intestinale da Rizzoli (166), Panas (150), Courty (40).

Pillon (155) in un'ernia crurale congenita strangolata dell'ovaio trovò l'appendice ileo-cecale e Raymond (163) in un caso, la vescica.

Ammenochè l'ovaio non sia atrofico o non abbia subito alterazioni patologiche, anche erniato, può compiere le sue funzioni. Da quasi tutti gli autori è stato osservato che durante la funzione mestruale, l'ovaio presenta una speciale dolorabilità accompagnata da un aumento di volume. L'esistenza di questo sintomo basta per stabilire la presenza dell'ovaio in un ernia. Nell'ernia bilaterale non è vero che si abbia di regola la sterilità: Cousins (4I) durante l'operazione, Boinet (14), identicamente in un'autopsia, poterono constatare l'avvenuta fecondazione.

Jones Makeig (114) cita il caso di una donna con un ernia doppia che divenne incinta; Beigel (9) in un soggetto con ernia ovarina crurale doppia, osservò due gravidanze normali. Conviene aggiungere il caso pubblicato da Rosanoff (168) il quale in una donna con ernia dei genitali, vide una gravidanza uterina ed assistè all'espulsione di un feto di grammi 2.200 colle sole contrassioni dell'utero completamènte contenuto nel sacro erniario, senza compartecipazione dei muscoli addominali. I casi riferiti da Léger (99), Boivin ed Uges (15), Baliu (2), Widerstein (203), dimostrano che l'ernia ovarica specialmente bilaterale può spesso dar luogo a gravidanze extra-uterine.

Secondo Webster citato da Trettenero (194), probabilmente nella maggior parte dei casi osservati, si trattava di gravidanza uterina in un corno accessorio non escludendo la possibilità di una gravidanza tubarica in sacco-ernioso. Sovente per un processo di périovarite, si

stabiliscono delle aderenze fra l'ovaio ed il sacco con gli organi che sono ivi contenuti.

L'ovaio può, come ho avuto occasione di accennare, presentare un maggiore o minore grado di atrofia che spiega la mancanza dei fenomeni fisiologici dell'ovaio durante la mestruazione, che alcuni autori hanno osservato.

Il più delle volte si è osservato uno stato congestizio dell'ovaio cui associavano in alcuni casi, spandimenti sanguigni o cisti ematiche Schoniltz (178) Chiarella (33).

Da Maas (112),. Quadflicg (161), Mumby (134), Morgan (139), Lockidood (106 , Owen (148) ecc, sono stati descritti casi di torsione del peduncolo formato dalla tubo e dal legamento largo. Questo fatto porta delle alterazioni nel circolo ovario, alterazioni però che in nessun caso osservato giunsero a portare la cangrena dell'organo. Non è raro, che questo, entro il sacco, sia sede di un processo flogistico specifico, in fatti in un'ernia sono stati osservati casi di ovarite blenorragica, tubercolare, ascesso ovarico ecc. Nelaton (137), Olshausen (145), Negebauer (138), Stouffs (186), Holst e Tiling (77) Guinard (70).

Turgis (195) in seguito ad un' incisione di un tumore erniario suppurato che dette luogo ad un seno fistoloso, constatò che questo per 10 mesi dette sangue durante le mestruazioni.

Com osserva Kirmisson (84), l'ovaio ectopico, analogamente acciò che accade pel testicolo, va soggetto a degenerazioni neoplastiche la più frequente delle quali è la microcistica osservata fra gli altri, in cinque dei 38 casi riportati da Englisch (58), Meadows (125), Guersant (68-69), Mc Cluer (124), Sonneburg (183), Fargas (60), Catellani (26), Cuneo (43), Manega (116) ecc.

Deneux (50), Tait (188) e Biersner (12), trovarono due casi di cistomi voluminosi dell'ovario erniato. Fargas (60) ha publicato un osservazione di enorme cisti ovarica reticolare che discendeva fino alla metà della coscia.

Demonchaux (48), riscontrò la degenerazione encefaloidea in una fanciulla di 3 anni con ernia congenita bilaterale, ove le due ovaia enormemente aumentate di volume occupavano gran parte della cavitá addominale.

Rheinstädter (165) cita un caso di augisarcoma dell'ovaio, Depaoli (51), ha asportato un ovaio con degenerazione fibromatosa.

Mason-Warren (121) e Guersant (67-69) hanno notato il carcinoma e cosi Lallement (91) un caso di ciste idatigena, Deneux (50), Ver-

dier (197), delle cisti dermoidi; Sonnenburg (185) una adenoma cistico e Puech (160) e Mencière (126) la tubercolosi nell'ovaio erniato.

L'ernia dell'ovaio ha una sintomatologia comune a quella delle ernie in generale. Segno patognomonico è però l'aumento di volume associato ad una sensibilità dolorifica speciale di cui è sede l'ovaio erniato durante la mestruazione. Talora però per l'atrofia o la degenerazione dell'organo, questo sintomo manca, ed allora la diagnosi si presenta irta di difficoltá come si verifica ancora nelle fanciulle impubori e nelle donne che hanno superato la menopausa.

Illustri chirurgi sono stati tratti in errore ed hanno, durante l'atto operativo o all autopsia soltanto, fatto la diagnosi di ernia dell'ovaio.

Pott (158) e Lassus (95) in due casi, credevono di aver che fare con dei gangli infiammati; Hausemaun (75) con un mioma del legamento rotondo, Guersant (68) con una ciste del condotto di Nûck, Lucke (111) con un lipoma, Pfannestiel (154) con un adenomioma, senza contare poi che la maggior parte degli autori che hanno descritto osservazioni di ernia ovarica, avevano fatto la diagnosi d'ernia epiploica. Rosati (169) in un caso e Raffo (162), in un'altro, operarano ernie inguinali dell' ovaio simulanti uno strazzamento intestinale. A confermare da un'altro punto di vista di incertezza che presenta la diagnosi di ernia ovarica basta citare Rizzoli (166) che in un caso ove e genitale erano normali, prese l'ovaio per il testicolo. Martin (119) in un soggetto ermafrodita asportò due organi supposti ovarici che all'esame microscopico risultarano essere testicoli, inoltre Mencière (126) fece diagnosi di ernia ovarica in un caso di tubercolosi erniaria.

Per la diagnosi, quando il soggeto si trovi nell' età sessuale, conviene analizzare bene l'aumento di volume e la dolorabilità del tumore erniario durante la mestruazione.

La sensazione che si suscità colla pressione nell' ovaio è caratteristica, è, come dice Puech (160), dolorosa e voluttuosa al tempo stesso. Il dolore il più delle volte è localizzato alla sede dell' intumescienza. Talora si irradia alla parte interna della coscia e profondamente nel bacino Boisiet (14). Altre volte si estende verso l'ombellico e può permanere anche fuori delle mestruazioni. Duplay e Wiart (57).

Una malata di Schencker (174) ad esempio, aveva in ciascuna settimanda che precedeva i mestrui, parossismi estremamente dolorosi che cessarono in seguito a gravidanza e si riprodussero dopo il parto. Nell' ultimo accesso fu constatata la presenza dell' ovaio nel canale inguinale.

Qualche volta non è possibile il decubito dal lato opposto all'ernia Seller (182) Oliver (184).

Guersaut (68) cita un caso in cui l'ernia ovaria dava luogo a claudicazione.

Pott (158), Imbert (79), Meadows (125), Roffart (170), riportano casi analoghi ove esisteva l'impossibilità assoluta di attendere a qualsiasi occupazione. Nel caso citato Beigel (9) il coito non poteva essere esercitato per l'intenso dolore cui dava luogo. È necessario tener conto oltre che al dolore, ad altre speciali sensazioni e modificazione che possono essere risvegliate dalla palpazione dell' ovaio erniato. Laumaigne (110) constatò in un caso, che la palpazione provocava delle sensazioni voluttuose ed una specie di erezione del tumore.

L'esame della consistenza e della forma del tumore erniario, ha un valore assai relativo, essendo subordinata allo stato fisiologico o patologico in cui l'ovaio si trova. È chiaro che è assai difficile il poter differenziare con l'esame della forma o della consistenza, un pacchetto di epiploon o dei gangli infiammati, da un ovaio.

Maggiori indizi i per la diagnosi si possono raccogliere quando è possibile coll' esplorazione vaginale. Con questo mezzo in alcuni casi possiamo percepire l'esistenza nella cavità pelvica soltanto dal lato opposto all' ernia unilaterale e di non percepirli affatto nel caso di ernia bilaterale.

Tillaux (192) poi ritiene come patognomonico dell' ernia ovarica, l'antiflessione dell' utero, ma osservazioni numerose depongono per l' incertezza del sintomo. Di gran lunga più importante, quando si osserva, è il fatto della lateriversione dell' utero. Chiarella (33).

Lassus (95) accorda giustamente molto valore alla ponzione dell' utero. Questo nell'ernia ovarica subbisce un moto di torsione attorno al suo asse cui si associa una disposizione obliqua dell'organo, di modo ché il collo viene spinto indietro e rivolto verso il lato opposto dell' ernia.

Inoltre nell'ernia riducibile i moviventi impressi all'utero col dito esploratore, si trasmettono alla intumescenza erniaria.

Con l'esame eseguito con la sonda (Schroeder 179), oltre a controllare con esattezza la direzione dell'utero è possibile inprimere a questo degli speciali movimenti che possono trasmettersi al tumore, più o meno completamente.

Nel mio secondo caso i movimenti impressi all'utero allo scopo di rianvicinare il fondo dell'utero all'ernia, non suscitavano dolore, tutti gli altri invece determinavano dolori più o meno intensi.

Nelle fanciulle in tenera età, nelle quali si manca questo preziozo sussidio diagnostico, Huguier (78) consiglia di esaminare la lunghezza della vagina con una sonda introdotta a traverso l'apertura urienale

affermando che nell'ernie dell'ovario, si ha allungamento della vagina.

Questo metodo come di leggeri si comprende ha un valore molto discutibile, per cui nelle piccole fanciulle può essere tralasciato, mentre non può invece essere omessa l'esplorazione rettale.

Questo mezzo su cui hanno insistito Chassaignac (31) e Morel-Lavallée (129) può fornire degli elementi per fare una diagnosi certa, potendosi nella maggior parte dei casi stabilire: 1.° L'esatta posizione dell'utero e se questo è spostato verso la porta dell'ernia. 2.° Se i movimenti empressi all'utero vengano trasmessi al tumore. 3.° Se gli annessi del lato ove esiste l'ernia, sia palpabili entro la cavità pelvica.

La prognosi dell'ernia dell'ovaio deve essere formulata: a) al grado di vsiluppo dell'ernia, b) alle condizioni in cui si trova l'ovaio, c) ai visceri che può insieme all'ovaio, contenere il sacco erniario.

Quoad vitam dunque prognosi simile a quella delle ernie in generale specialemente quando nell'ernia ovarica si constata la presenza dell intestino o dell epiploon.

Nell'ernia esclusivamente ovarica prognosi più favorevole, in quantochè anche per la torsione del pedicolo si sono osservate alterazioni della circulazione ovarica, ma non mai così profonde da giungere alla cangrena. Courty (40) del resto osservò un caso di morte per peritonite dovuto ad infezione del sacco.

Riguardo alle condizioni dell'ovaio, se questo è sano e libero, non vi ha pericolo nessuno invece insorge quando diventi irriducibile o quando sia affetto da un processo infettivo dovuto specialmente a bac terii piogeni.

Quoad valetudinam conviene ricordare che l'ovaio erniato, arreca maggiori disturbi di quelli che presentano le ernie comuni.

La dolorabilità di cui è sede l'ovaio erniato, può rendere la donna incapace ad attendere allo sue occupazioni.

Inoltre l'ovaio erniato va incontro a fatti flogistici speciali ed a processi neoplastici.

Riguardo poi agli altri elementi che possono trovarsi coll'ovaio nel sacco erniario, la prognosi è subordinata ai fatti ai quali questi elementi possono andare incontro (strozzamento, cangrena, etc.) Conviene in oltre tener conto anche, come alcuni autori affermano, della facilità con cui dall'ernia ovarica si possono avere gravidanze extra uterine.

Tutto sommato, l'ernia dell'ovaio non è una forma morbosa di lieve entità, ma la prognosi in genere è favorele quando si adotti un trattamento opportuno.

Oggigiorno col metodo antisettico e colla diffusione che ha in tutto

il mondo il metodo Bassini, ogni persona affetta da ernia va incontro con sicurezza all'operazione che la libera per sempre da una infermità tanto incomoda.

Per l'ernia dell'ovaio la necessità dell'operazione deve essere maggiormente sentita, specialmente ad evitare che ristabiliscano alterazioni patologiche dell'organo erniato. Il cuito, all'infuori che nei casi ove le condizioni generali o l'età non permettano l'operazione, deve essere assolutamente bandito, perche la pressione oltre a produrre dolore, rende più facile che l'ovaio vada incontro a fatti patologici (Seeligmann, 181.)

Nell'ernia congenita durante il primo anno della vita, si può ricorrere all'uso del cinto che, secondo l'opinione autorevole di Langton (93) applicato a quest' età, ha fatto buona prova. In generale non è opportuno intraprendere la cura radicale dell'ernia in bambine, se non abbiamo raggiunto gli otto mesi.

La necessità dell'intervento chirurgico immediato, sia quando l'ovaio vada incontro allo strozzamento, sia nell'aumento che subisce durante la mestrauzione, sia per un violento sforzo, come nel mio secondo caso.

In simile contingenze, senza ricorrere ad un taxis prolungato perchè dannoso, ritengo che sia opportuno disporre tutto per l'operazione radicale dell'ernia. Englisch (58) Bolling (5) ed altri hanno ricorso alla punzione ripetuta del tumore, con esito più o meno favorevole. Oggi però ritengo che nessuno ricorrerebbe a questo metodo inefficace e pericoloso.

Riguardo poi al trattamento delle ovaie, non bisogna avere preconcetti di sorta. Se appariscano sane o presentano lievi alterazioni da non ledere la loro funzione e da non portare pericolo per l'avvenire, si deve liberarle dalle aderenze che di regola hanno col sacco, e ridurle, continuando quindi la chiusura delle pareti abdominali col processo del grande chirurgo di Padova.

Se invece le ovaie sono ammalate si debbono senza indugio asportare.

Nei casi di ermafroditismo ho pseudoermafroditismo in cui si eseguisca l'estirpazione degli organi supposti ovarici, conviene eseguire sempre l'esame microscopico.

Il trattamento semplice che si adotta anche nei casi più gravi di ernia dell'ovaio, non deve essere causa però di alcuna ommissione nella valutazione essata dei varii sintomi che debbono condurre ad una diagnosi sicura.

Se il ritrovare inaspettatamente l'ovaio in un ernia non costituisce

una difficoltà da superare, rappresenta tuttavia una deficenza nella diagnosi che il chirurgo ha il dovére imprescindibile di evitare.

LA URETRA ARTIFICIAL EN EL TRATAMIENTO DE LAS FISTULAS URETRO-VAGINALES

por el Dr. CANDELA (Valencia).

CONSIDERACIONES GENERALES

En el estado actual de nuestros conocimientos, el solo recurso de que puede disponer la cirugía es el de formar una uretra artificial en los casos en que, por rasgadura del esfínter de la vejiga ó por esfacelo del mismo, queda establecida una comunicación entre la vejiga y el exterior, percibiéndose el orificio de desagüe de este órgano sobre la pared posterior de la que fué uretra, con pérdida completa del conducto.

Con inmensa desventaja para el arte, puesto que no dispone de elementos sanos, et trabajo del cirujano ha de limitarse precisamente en estos casos á reconstituir lo que el traumatismo destruyó por algnnos de sus conocidos procedimientos; á formar una nueva uretra.

Destituído el nuevo conducto de los elementos histológicos y morfológicos que integraron su fisiología, el arte quirúrgico sólo puede aspirar en estos casos, como supremo ideal, aproximarse en lo posible al funcionalismo de la perdida uretra. Si se tratara de una simple incisión lineal, y no de una rasgadura profunda ó de un esfacelo, como ocurre siempre en estos casos, que ha destruído casi ó totalmente el esfínter de la vejiga, la reintegración de la funcióu de la vejiga, produciendo á intervalos más ó menos largos la emisión de la orina, sería posible; pero faltando la contractilidad del esfínter, hemos de contentarnos con un simulacro de rehabilitación del resorte perdido, á fin de hacer soportable la incalculable molestia que representa, para las enfermas víctimas de este accidente, la constante salida de la orina gota á gota, tal cual la van segregando los riñones.

En otros términos; hasta nueva orden hemos de resignarnos á conseguir una como especie de válvula que, adosada al orificio persistente después de la destrucción histológica del conducto normal, impida en lo posible el escape constante de la orina.

Sentadas estas premisas, y antes de pasar á describir mi procedi-

miento operatorio, he de manifestar, fundándome tambien en observaciones de mi práctica que toda operación que se lleve á cabo con obligadas suturas en dicha limitada región, ha de tener posibles probabilidades de fracaso, por la endeblez de la mucosa y la latitud del tejido celular de dicha region de una parte, como asimismo por la acción de la constante humedad que la sonda colocada provoca, determinando el esfacelo de los puntos de sutura. Para obviar este inconveniente hay que practicar con antelación una operación prévia.

A fin de evitar el posible contacto de la orina con los tejidos cruentos de las suturas que han de constituir la nueva uretra, entiendo que es de absoluta necesidad producir una fístula vésico-vaginal incindiendo por colpocistotomía la pared posterior de la vejiga y la anterior de la vagina para determinar, con sonda ó sin ella, la evacuación completa de la vejiga por este nuevo orificio lineal.

Así y *sólo así*, después de vanas tentativas en un primer caso, que estuve á punto de abandonar, después de dos fracasos, pude conseguir un alivio notable en las molestias de la mujer; y *así* también pude obter un éxito sorprendente en otro caso tratado en Mayo del año próximo pasado, que no hice público, pero del que en Octubre del año próximo pasado dí cuenta á mi ilustre compañero y querido amigo doctor Cervera, á propósito de un caso de fístula uretral que ambos conocíamos, y sobre cuyas contingencias discurríamos en nuestra amistosa conferencia.

Técnica operatoria.

El procedimiento, pues, de uretra artificial que tengo el honor de exponer á los Sres. Congresistas para remediar en lo posible las molestias que ocasiona la fístula uretro-vaginal, es el siguiente:

1.° Preparada convenientemente la enferma y cloroformizada al efecto, se practica una colpocistotomía en la unión del tercio medio con el superior, de 1 á 2 centímetros de extensión en dirección al eje del conducto.

2.° La uretra artificial se formará á expensas de los tejidos inmediatos al orificio de la fistula, trazando primero una incisión en forma de U, cuya curva inferior pasará á 5 ó 6 milímetros de dicho orificio, y cuyas ramas laterales se ensancharán y eleverán tanto cuanto nos permitan los tejidos que existan en la región del vestíbulo por dentro de los pequeños labios.

3.° A partir de dicha incisión, se formará un colgajo que disecará en toda su extensión la superficie comprendida en la misma, menos

en un espacio rectilíneo central próximamente del ancho del meato, y que ha de constituir la pared posterior de la nueva uretra.

4.° Se ranversará el colgajo en toda su extensión, suturando dicha superficie ranversada de uno á otro labio con los menos puntos de catgut fino que permita la extensión del trayecto; se introducirá previamente un pedazo de bujía delgada, á fin de procurar la permeabilidad y forma rectilínea del conducto.

Quedará en este caso al descubierto una superficie cruenta por el ranversamiento del colgajo.

5.° A fin de cubrir la superficie cruenta y ayudar á la consolidación del trayecto formado, se pasarán tres ó cuatro puntos con catgut algo más grueso ó con crin de Florencia, también muy fino, que que entrando por la parte externa de uno de los pequeños labios, salga por la opuesta del congénere, pasando, á ser posible, por debajo del conducto ya formado, ó aproximándose lo posible al mismo en uno y otro lado de la superficie cruenta. La sutura en esta forma cierra por completo el vestíbulo y facilita la adhesión deseada de los tejidos disecados.

Cuidados consecutivos.

Debe procurarse la inmovilidad de la enferma.

Se vigilará la permeabilidad de la fístula artificial.

Pasadas las primeras veinticuatro horas, se limpiarán superficialmente los tejidos comprendidos en la sutura externa, valiéndose sólo de algodones humedecidos con agua aséptica.

Se inspeccionará también constantemente la bujía, procurando limpiarla é introducirla de nuevo suavemente si apareciera sucia de sangre ó de cualquier otro exúdado.

Se sujetará la enferma á dieta líquida, administrándosele también algunas gotas de láudano todos los días, á fin de evitar deposiciones en los cinco ó seis primeros días.

Los puntos de la sutura exterior podrán quitarse, según los casos, del décimo al duodécimo día.

Entonces también se podrá abandonar la bujía uretral.

En la mayoría de los casos bastarán unos puntos superficiales para cerrar el orificio de la colpocistotomía,

Si esto no bastara, queda reducido el tratamiento del pistero fistuloso consecutivo á una fístula vésico-vaginal en las mejores condiciones para su tratamiento y curación inmediata consecutiva.

CONCLUSIONES

1.ª Para corrègir las molestias que ocasiona la afección de la fístula uretro-vaginal, se debe siempre intentar la formación de una uretra artificial.

2.ª La colpocistotomía previa es indispensable para garantir la adhesión de los tejidos refrescados.

3.ª El éxito de esta operación dependerá siempre de la integridad de los tejidos sobre que se opere, de la delicadeza con que se practique, y de los cuidados con que se la vigile.

4.ª Aunque el pronóstico de la operación no pueda garantirse, es ella el solo recurso de que puede disponer el cirujano.

5.ª Siempre que los colgajos adhieran, mejorará la condición de la enferma, cuya orina encontrará un obstáculo para su salida.

UNE NOUVELLE METHODE DE L'OPERATION DE RETROFLEXIS UTERI MOBILIS

Par. Mr. A. SCHUCKING (Pyrmont).

Dans beaucoup de cas de retroflexis uteri·mobilis, dans lesquels un très petit pessaire suffisait pour retenir l'organe, je fixais la portion vaginale avec le *fornix-posterior* vaginal au moyen de tro's sutures circulaires d'argent enfoncées que l'on éloigne aprés 4 ou 6 semaines.

Les résultats étaient presque toujours bons.

Dans un autre cas je fis une injection dans le *fornix-anterior* vaginal, quoique j'ai eu un résultat satisfaisant en ce cas j'ai quitté cette méthode à cause de certaines communications défavorables sur l'emploi des injections de paraffine. Le danger des embolies est pour le tissu en question considérablement grand, parce qu'il est très riche de vaisseaux sanguins.

J'ai constaté que l'utérus s'inclinant à dos descendait et faisait un pli de la peau muqueuse de la voûte arrière.

Les sutures enfoncées empêchaient le développement de ce pli, autant que le petit pessaire.

TABLE DES TRAVAUX

de la Section d'Obstetrique et Gynecologie.

TABLE ALPHABETIQUE DES NOMS D'AUTEURS

de la Section d'Obstetrique et Gynecologie.

TABLE ANALYTIQUE DES MATIERES

de la Section d'Obstetrique et Gynecologie.

